



Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä näytti 1990-luvulla vähenevän. Näin tapahtui erityisesti tuki- ja liikuntaelsairauksista ja verenkiertoelinten sairauksista johtuville työkyvyttömyyseläkkeille. Vuosikymmenen lopulla eläkkeiden määrä alkoi kuitenkin nousta. Kun asiaa tutkittiin tarkemmin, todettiin masennusdiagnoosilla myönnettyjen eläkkeiden määrän kaksinkertaistuneen 1990-luvun alusta ja kymmenkertaistuneen 1980-luvun alusta.

Internet: www.stm.fi
www.vetoatyoelamaan.fi

veto

2005:1

Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä

Tätä julkaisua myy ja välittää:
Yliopistopaino Kustannus
Helsinki University Press
PL 4 (Vuorikatu 3 A)
00014 HELSINGIN YLIOPISTO
Faksi (09) 7010 2374
Puhelin (09) 7010 2363
books@yliopistopaino.fi
www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti

ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-1593-0



9 789520 015930

SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ



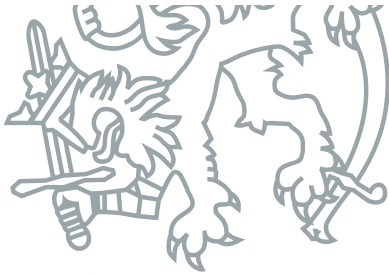
veto

ohjelma vetovoimaiseen työelämään
för ett lockande arbetsliv
adding attraction to working life

*Mielenterveyden häiriöt
työkyvyttömyyseläkkeen syynä*

**– ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja
kuntoutuksesta**

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ
Selvityksiä 2005:1





Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:I

*Markku Lehto, Kari Lindström, Jouko Lönnqvist, Olavi Parvikko,
Olavi Riihinen, Ismo Suksi ja Hannu Uusitalo*

Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä

– ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta



■ SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

Helsinki 2005



ISSN 1236-2115
ISBN 952-00-1593-0 (nid.)
ISBN 952-00-1678-3 (PDF)

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy
Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2005

Tiivistelmä

Markku Lehto, Kari Lindström, Jouko Lönnqvist, Olavi Parvikko, Olavi Riihinen, Ismo Suksi, Hannu Uusitalo. *Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatukset ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta*. Helsinki 2005. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1236–2115; 2005:1) ISBN 952-00-1593-0 (nid.), ISBN 952-1678-3 (PDF)

Masennusdiagnoosilla myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on 1990-luvulla kaksinkertaistunut samaan aikaan, kun työkyvyttömyyseläkkeiden kokonaismäärä on vähentynyt. Vuonna 2003 yksittäisellä sektorilla alkaneista mielenterveyseläkkeistä 49 prosentissa ensimmäisenä diagnoosina oli masennus.

Tämän kehityskulun taustan ja mahdollisten vaikuttamiskeinojen täsmentämiseksi kokoontunut työryhmä on raportissaan kuvannut mielenterveyseläkkeiden lukumäärän kehitystä, yleisyyttä ja alkavuutta. Hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksia pohdittaessa kiinnitetään huomio erityisesti depression. Raportissa pyritään vastaamaan myös kysymykseen, mitä voivat olla ne työelämässä, työolosuhteissa, yhteiskunnassa tai arvoissa ja asenteissa tapahtuneet muutokset, jotka tekevät mielenterveyden häiriöitä potevat muita helpommin työkyvyttömiksi.

Raporttiin sisältyy eri kohdissa ja varsinkin lopussa kannanottoja, joiden toivotaan antavan aineksia mielenterveyssyistä työkyvyttömäksi joutuvien määrän vähentämiseksi sekä joukon ehdotuksia jatkotoimiksi.

Asiasanat: ennaltaehkäisy, hoito, kuntoutus, mielenterveys, mielenterveyshäiriöt, työkyvyttömyys, työkyvyttömyyseläkkeet

Sammandrag

Markku Lehto, Kari Lindström, Jouko Lönnqvist, Olavi Parvikko, Olavi Riihinen, Ismo Suksi, Hannu Uusitalo. *Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä – ajatuk-
sia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. (Mentala störningar som orsak till invalidpen-
sion – tankar om förebyggande, vård och rehabilitering.)* Helsingfors 2005. (Social- och
hälsovårdsministeriets rapporter 1236–2115; 2005:1) ISBN 952-00-1593-0 (inh.),
ISBN 952-1678-3 (PDF)

Antalet invalidpensioner som beviljats på grund av depressionsdiag-
nos har fördubblats under 1990-talet samtidigt som det totala antalet
invalidpensioner har minskat. År 2003 var depression första diagnos
hos 49 procent av dem som inom den privata sektorn blivit pensione-
rade på grund av psykiska problem.

I sin rapport har arbetsgruppen, som hade i uppdrag att utreda
bakgrunden till denna utvecklingsgång samt begrunda eventuella
påverkningsmetoder, beskrivit utvecklingen av antalet invalidpensio-
ner som beviljats på grund av psykiska problem samt utrett hur all-
männa dessa pensioner är och i vilken ålder de beviljas. I frågan om
möjligheter till vård och rehabilitering fästs speciell uppmärksamhet
vid depression. Rapporten försöker också svara på frågan, vilka är
de ändringar som skett i arbetslivet, arbetsförhållandena, samhället,
värderingar och attityder, som gör att de som lider av mentala stör-
ningar lättare blir arbetsoförmögna.

På olika ställen och i synnerhet i slutet av rapporten finns ställ-
ningstaganden, som arbetsgruppen hoppas att kan bidra till att mins-
ka de personers antal som blir arbetsoförmögna på grund av psykiska
problem, samt en hel del förslag till fortsatta åtgärder.

Ämnesord: förebyggande, vård, rehabilitering, mental hälsa, mentala störningar, ar-
betsoförmåga, invalidpensioner

Abstract

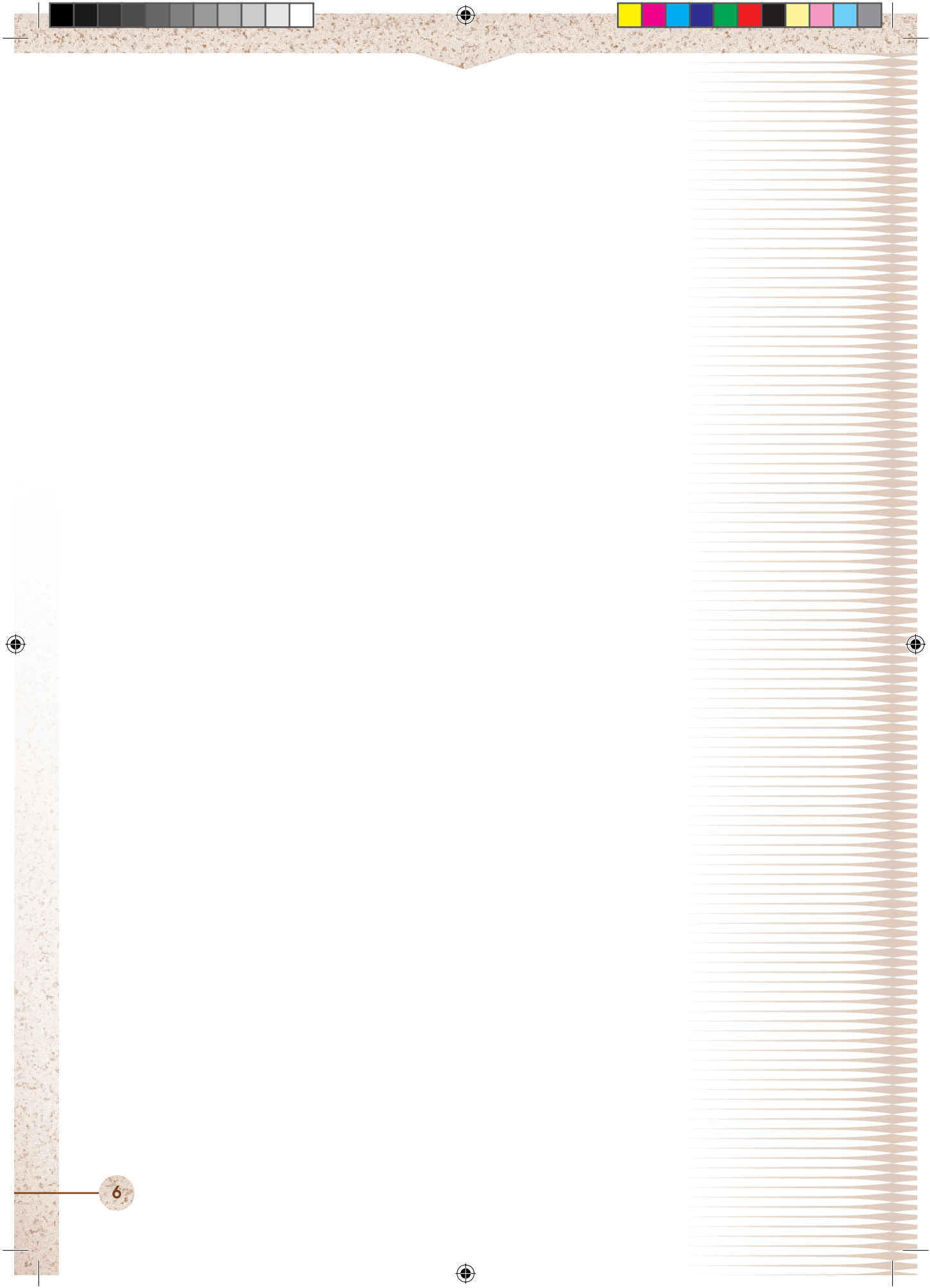
Markku Lehto, Kari Lindström, Jouko Lönnqvist, Olavi Parvikko, Olavi Riihinen, Ismo Suksi, Hannu Uusitalo. *Mental health problems as cause of incapacity for work – thoughts on prevention, treatment and rehabilitation*. Helsinki 2005. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 1236–2115; 2005:1) ISBN 952-00-1593-0 (print), ISBN 952-1678-3 (PDF)

The number of disability pensions awarded due to diagnosis of clinical depression has doubled in the 1990s, while the total number of disability pensions has fallen. In 2003, 49 percent of mental health pensions initiated in the private sector stated clinical depression as primary diagnosis.

The working group assembled to ascertain the background and possible means of intervention in this course of development outlines in its report the numerical growth, frequency and initiation of mental health pensions. In discussing possibilities for treatment and rehabilitation, particular attention is paid to clinical depression. The report also endeavours to answer the question as to what might be the changes in the world of work, working conditions, society or social values and attitudes that render those suffering from mental health problems incapable of work more readily than other people.

At various points and particularly at its conclusion, the report contains views and ideas that hopefully provide material for reducing the number of people becoming incapable of work for mental health reasons, as well as a number of suggestions for further action.

Key words: prevention, treatment, rehabilitation, mental health, mental health problems, incapacity for work, disability pensions.



Esipuhe

Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä näytti 1990-luvulla vähenevän. Näin tapahtui erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksista ja verenkiertoelinten sairauksista johtuville työkyvyttömyyseläkkeille. Vuosikymmenen lopulla eläkkeiden määrä alkoi kuitenkin nousta. Kun asiaa tutkittiin tarkemmin, todettiin masennusdiagnoosilla myönnettyjen eläkkeiden määrän kaksinkertaistuneen 1990-luvun alusta ja kymmenkertaistuneen 1980-luvun alusta.

Kehityskulun taustan ja mahdollisten vaikuttamiskeinojen täsmentämiseksi kutsuin ilmiötä eri suunnista tarkastelevia asiantuntijoita keskustelemaan siitä, mitä tässä tilanteessa voitaisiin tai pitäisi tehdä. Tarkoituksena oli aluksi kokoontua hyvin epävirallisesti yhteen istuntoon pyrkimättä minikäänlaiseen muistioon tai julkaisuun. Keskustelun kuluessa kävi kuitenkin ilmi, että asiantuntijoiden olisi mahdollista koota suhteellisen pienellä työllä sellainen aineisto, jonka saattaminen laajempaan tarkasteluun olisi asian ymmärtämisen kannalta hyödyllistä.

Ryhmä on kokoontunut neljä kertaa. Työskentely on ollut hyvin epämuodollista. Kokoonkutsujana olen toiminut puheenjohtajana siinä määrin kuin sellaista on tarvittu. Muut talkoisiin osallistuneet ovat olleet johtaja Hannu Uusitalo Eläketurvakeskuksesta, professori Kari Lindström Työterveyslaitokselta, tutkimusprofessori Jouko Lönnqvist Kansanterveyslaitokselta, emeritusprofessori Olavi Riihinen, projektipäällikkö Ismo Suksi Veto-ohjelmasta ja ylitarkastaja Olavi Parvikko työsuojeluosastolta, sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Ryhmän raportin laadintaa ovat ratkaisevasti auttaneet tutkija Raija Gould ja tilastosuunnittelija Heidi Nyman Eläketurvakeskuksesta kokoamalla jaksossa 1 esitetyn materiaalin. Työtä on avustanut myös tilastonlaatija Markku Makkonen työsuojeluosastolta. Jakso 2 on pääosin Olavi Parvikon ja Kari Lindströmin käsialaa ja jakso 3 sekä monelta osin jakso 4 on lähtöisin Jouko Lönnqvistin kynästä. Raporttia koottaessa on haastateltu seuraavia asiantuntijoita: tutkija Ulla Aitta, Akava, apulaisylilääkäri Teija Honkonen, professori Mika Kivimäki ja dosentti Jussi Vahtera Työterveyslaitos sekä lääkintöneuvos Matti Lamberg sosiaali- ja terveysministeriöstä. Yhdeksi julkaisuksi palat on koonnut Olavi Parvikko.

Raportissa kuvataan mielenterveyseläkkeiden lukumäärän kehitystä, yleisyyttä ja alkavuutta eläketilastojen avulla. Työkyvyttömyyteen mahdollisesti johtavia kulttuurisia, yhteiskunnallisia ja työolosuhteisiin liittyviä tekijöitä arvioidaan tutkimuksista saatavan tiedon perusteella. Hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksia pohdittaessa kiinnitetään huomio erityisesti depression. Lopuksi arvioidaan ehkäisyn mahdollisuuksia. Muistioon sisältyy eri kohdissa ja varsinkin lopuksi kannanottoja, joiden toivotaan antavan aineksia työkyvyttömyyden alentamiseen johtaville päätöksille.

Helsingissä 19. marraskuuta 2004

Markku Lehto
kansliapäällikkö

Sisällys

1. Ongelman yleisyys	9
2. Kulttuuriset, yhteiskunnalliset ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät	14
3. Hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuudet	21
4. Ongelmien ehkäisyyn mahdollisuudet	24
5. Kuvat ja taulukot	29
Kirjallisuutta	45



1. Ongelman yleisyys

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan koettu terveys on selvästi parempi 2000-luvun alussa kuin oli 20 vuotta sitten. Miesten (itse ilmoitettu) työkyky on parantunut huomattavasti. Tämän muutoksen katsotaan sopivan yhteen sekä sairastavuuden että toimintakyvyn muutoksen kanssa. Psykkisten oireiden määrä ja vaikeusaste ei ole vähentynyt, vaan pysynyt muuttumattomana (Aromaa A., Koskinen S., 2002).

Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus pienentynyt

1990-luvun puolivälissä Suomen työikäisestä väestöstä oli työkyvyttömyyseläkkeellä 8,7 prosenttia. Vuonna 2003 vastaava osuus oli 7,4 prosenttia. Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomen kehitys on ollut myönteinen; Norjassa, Ruotsissa ja Tanskassa työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on kasvanut (Nososco 2004) (1¹).

Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus on Suomessa pienentynyt erityisesti 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä. Tähän on vaikuttanut yksilöllisen varhaiseläkkeen käytön väheneminen alaikärajan korotusten myötä, mutta myös varsinaisella työkyvyttömyyseläkkeellä olevien osuus väestöstä on pienentynyt (2–3).

Eläkkeeseen oikeuttavan työkyvyn heikkenemisen tulee aiheutua sairaudesta, viasta tai vammasta. Työkykyä arvioidaan suhteuttamalla työn vaatimukset tutkittavan toimintakykyyn.

Mielenterveyseläkkeiden merkitys kasvanut

Vaikka työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus kokonaisuudessaan on viime vuosina vähentynyt, mielenterveyden häiriöiden perusteella työkyvyttömyyseläkettä saavien osuus väestöstä on 45–54-vuotiailla kasvanut. Muissa ikäryhmissä mielenterveyseläkkeellä olevien väestöosuus on pienentynyt, mutta selvästi vähemmän kuin työkyvyttömyyseläkeläisten osuus kokonaisuudessaan (2).

Sama asia näkyy myös eläkeläisten lukumäärissä. Vuonna 2003 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkeläisiä oli kaikkiaan 217 500, mikä on noin 29 000 henkilöä vähemmän kuin vuonna 1996. Mielenterveyssyistä eläkkeellä olevien lukumäärä on sen sijaan kasvanut: vuonna 1996 heitä oli noin 67 000 ja vuonna 2003 jo 77 000 (4). Mielenterveyseläkkeiden lukumääräinen kasvu näkyy vielä selkeämmin

¹ Numero viittaa tekstin jäljessä oleviin kuviin ja taulukoihin.

vuosittain alkaneissa uusissa eläkkeissä. Vuonna 1996 mielenterveyden häiriöihin perustuvalle eläkkeelle siirtyi 5 500 henkilöä, kun vuonna 2003 vastaava luku oli noin 8 000 henkilöä (5).

Työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuudessa kasvua

Uusien mielenterveyseläkkeiden lukumäärä on viime vuosina kasvanut, mutta samoin on kasvanut uusien työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä kokonaisuudessaan (5). Tähän kasvuun ovat osittain vaikuttaneet pitkäaikaistyöttömien eläkkeelleohjaustoimenpiteet (Hytti ym. 2003). Esimerkiksi työministeriön ELMA- hankkeen piiristä siirtyi 1.1.2001–30.6.2004 noin 3 600 henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. Ilman näitä tapauksia työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden lukumäärän kasvu olisi viime vuosina ollut hyvin vähäistä (6).

Osittain uusien eläkkeiden lukumäärän kasvu selittyy väestön ikääntymisellä; suurten ikäluokkien työkyvyttömyysriski on kasvanut. Kuitenkin vaikka ikärakenteen merkitys vakioidaan, työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus on viime vuosina jonkin verran kasvanut (7). Alkavuus on kasvanut kaikissa sairausryhmissä verenkiertoelinten sairauksia lukuun ottamatta; mielenterveyseläkkeiden alkavuus on kasvanut hiukan muita enemmän (8).

Mielenterveyseläkkeiden merkityksen kasvu liittyy kuitenkin jo 1990-luvun loppuvuosiin edeltäneeseen kehitykseen (Gould & Nyman 2002). Mielenterveyseläkkeiden alkavuus pysyi tasaisena aina 1990-luvun loppupuolelle asti. Koska muiden sairausryhmien eläkkeiden alkavuus samanaikaisesti pieneni, mielenterveyseläkkeiden suhteellinen osuus kasvoi (8).

Mielenterveyseläkkeiden alkavuuden kasvu viime vuosina ei selity ainakaan hylkäyksien vähenemisellä. 1990-luvun lopulta lähtien työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysosuus on kasvanut eniten juuri mielenterveyden häiriöiden sairausryhmässä (9).

Masennus yleisin diagnoosi

Mielenterveyssyistä alkaneissa eläkkeissä masennus on kaikkein yleisin diagnoosi. Vuonna 2003 yksityisellä sektorilla alkaneista mielenterveyseläkkeistä 49 prosentissa ensimmäisenä diagnoosina oli masennus. Masennusdiagnoosin perusteella alkaneiden yksityisen sektorin työkyvyttömyyseläkkeiden lukumäärä on vuodesta 1996 lähtien puolitoistakertaistunut. Myös alkoholisairauksien lukumäärä on viime vuosina kasvanut nopeasti (10). Diagnoosien yleisyyden muutokset saattavat osittain selittyä diagnoosiluokitusten ja -käytäntöjen sekä diagnoosien kulttuurisen hyväksyttävyyden muutoksilla.



Mielenterveyseläkkeet yleisempiä julkisella sektorilla

Mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevista sairausryhmistä on suurin valtiosektorilla, jossa kuitenkin tapausten lukumäärä on pieni. Mielenterveyseläkkeiden osuus on myös kuntasektorilla suurempi kuin yksityisellä (11). Mielenterveyssyiden korostuminen julkisella sektorilla näkyy myös eläkkeiden alkavuudessa. Mielenterveysperusteisten eläkkeiden ikävakioitu alkavuus on julkisella sektorilla selvästi korkeampi ja muihin sairauksiin perustuvien eläkkeiden alkavuus puolestaan pienempi kuin yksityisellä sektorilla (12). Osaselitys sektorieroihin lienee raskaan ruumiillisen työn ja siihen liittyvien sairauksien vähäisempi merkitys erityisesti valtiosektorilla. Myös myöntökäytännöllä saattaa olla merkitystä. Valtiosektorilla tuki- ja liikuntaelinsairauksiin perustuvien hakemusten hylkäysosuus on yhtä suuri kuin yksityisellä sektorilla, sen sijaan mielenterveyshakemusten hylkäysosuus oli vuonna 2003 yli kymmenen prosenttiyksikköä pienempi.

Mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtyneiden työtausta lyhyempi

Edellä todettiin, että pitkäaikaistyöttömien seulontatoimenpiteet ovat mahdollisesti vaikuttaneet työkyvyttömyyseläkkeiden kasvuun. Keskimääräistä lyhyempi työmarkkinoille kiinnittyminen näyttää liittyvän juuri mielenterveyssyistä eläkkeelle siirtymiseen. Mielenterveyden häiriöiden osuus on suurempi vapaakirjaeläkkeissä kuin täysitehoisissa eläkkeissä² ja osuus on myös kasvanut vapaakirjaeläkkeissä nopeammin (13). Työuran lyhyys tai rikkonaisuus näkyy myös eläketä edeltäneen työuran kestossa: kaikissa ikäryhmissä ja sekä miehillä että naisilla mielenterveyden perusteella eläkkeelle siirtyneillä on takanaan lyhyempi työura kuin muihin sairausryhmiin kuuluvilla (14).

Mielenterveyssyyt eivät korostu työeläkekuntoutuksessa

Onko mielenterveyseläkkeitä pyritty kuntoutuksen keinoin ehkäisemään? Työeläkekuntoutuksen keinoin varsin rajoitetusti: työeläkekuntoutuksesta myönteisen päätöksen saaneilla mielenterveyden sairausryhmän osuus on selvästi pienempi kuin työkyvyttömyyseläkemyönnön saaneilla. Vastaavasti tuki- ja liikuntaelinten sairauksien osuus on kuntoutusmyönnoissä suurempi kuin eläkemyönnoissä (15). Mielenterveystapausten pieni osuus työeläkekuntoutuksessa liittyyneen tämän sairausryhmän tarpeisiin sopivien ammatillisten kuntoutustoimenpiteiden vähäisyyteen.

² Eläke on täysitehoinen, jos työkyvyttömyys alkaa työsuhteen aikana tai pääsääntöisesti vuoden sisällä työsuhteen päättymisestä. Mikäli väliin jäävä aika on pitempi, eläke maksetaan vapaakirjana.

Mielenterveyssyistä myönnettävät eläkkeet usein määräaikaaisia

Vaikka työeläkekuntoutuksessa mielenterveystapauksia on vähän, kuntoutustuissa eli määräaikaississa työkyvyttömyyseläkkeissä mielenterveyden häiriöiden sairausryhmän osuus korostuu. Alle 40-vuotiaista kuntoutustuelle siirtyneistä pitkälti yli puolella on diagnoosina mielenterveyden häiriö; toistaiseksi myönnettyissä eläkkeissä vastaava osuus jää selvästi alle 50 prosentin (16).

Valtaosa kuntoutustukena alkaneista eläkkeistä muuttuu kuitenkin muutaman vuoden kuluttua jatkuvaksi eläkkeeksi. Vain vajaa neljännes kuntoutustuista päättyy kokonaan yhden tai useamman määräaikaissjakson jälkeen. Mielenterveyssyistä myönnetty kuntoutuset päättyvät harvemmin ja muuttuvat muita yleisemmin jatkuviksi eläkkeiksi (17).

Työhön palaamisella mitattuna kuntoutuset onnistuvat mielenterveyden häiriöiden ryhmässä yhtä usein kuin muissakin sairausryhmissä. Vuonna 2002 sellaisista kuntoutustuen päättäneistä, joilla ei alkanut uutta työkyvyttömyyseläkettä vuoden 2004 elokuuhun mennessä, yli puolet oli työssä vuoden 2003 lopussa (18).

Mielenterveyssyihin perustuviin eläkkeisiin kolmannes työkyvyttömyyseläkemenosta

Vuonna 2003 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemeno oli 2206 miljoonaa euroa, mikä tarkoittaa 16,7 prosenttia koko työeläkemenosta. Mielenterveyden häiriöihin perustuvien eläkkeiden meno oli yksittäisistä sairausryhmistä suurin, kolmasosa työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemenosta. Koko työeläkemenosta mielenterveyseläkkeiden osuus oli 5,5 prosenttia (19).

Mielenterveyssyyt kasvussa myös muissa maissa

Mielenterveyseläkkeiden kasvun taustalta löytynee mm. työelämän ja muun elämänpiirin ongelmia, henkisen työkyvyn merkityksen lisääntymistä, sairastavuuden hyväksyttävyyden muutoksia ja uusia toimintamalleja kuten esimerkiksi pitkäaikaistyöttömien seulonta. Kasvun syitä on kuitenkin turha etsiä vain kansallisista piirteistä, sillä ilmiö ei ole vain suomalainen. Myös monissa muissa Euroopan maissa mielenterveyden häiriöiden osuus työkyvyttömyyseläkkeiden perusteena olevista sairauksista on viime vuosina kasvanut (OECD 2003). 2000-luvun alussa joka kolmannella tai neljännellä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvällä syynä oli mielenterveyden ongelma (20).

Korvatut sairauspäivärahat

Korvattujen sairauspäivärahojen määrän kehitys noudattaa työkyvyttömyyseläkkeissä tapahtuneen kehityksen suuntaa. Mielenterveyden häiriöiden perusteella korvattujen sairauspäivärahojen osuus on lisääntynyt 1990-luvulla, joskin tuki- ja liikuntaelinsairauksien ryhmä on pysynyt edelleen suurimpana (21).

Mielenterveyseläkkeiden suhteellinen osuus on kasvanut erityisesti masennusdiagnoosilla myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden ansiosta mutta myös siksi, että muiden sairausryhmien alkavuus on vähentynyt. Viime vuosina myös muiden – paitsi verenkiertoelinsairauksien – sairausryhmien alkavuus on lisääntynyt. Jos kyse on siitä, että mielenterveyden häiriöt ovat tulleet päivänvaloon työkyvyttömyyseläkkeiden kautta, niin mitä ovat ne työelämässä, työolosuhteissa, yhteiskunnassa tai arvoissa ja asenteissa tapahtuneet muutokset, jotka tekevät mielenterveyden häiriöitä potevat muita helpommin työkyvyttömiksi?

2. Kulttuuriset, yhteiskunnalliset ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät

Vuoden 2003 alussa voimaan astuneessa työturvallisuuslaissa puhutaan vaaroista, riskeistä ja kuormitustekijöistä. Työelämän asiantuntijoiden mukaan työperäiset kuormitustekijät voivat johtaa uupumiseen, depressioon, immuunivasteen heikkenemiseen ja sydänhäiriöihin. Kuormitustekijät voivat synnyttää, laukaista tai pahentaa sairauksia tai terveyden häiriöitä. Välittävänä tekijänä pidetään usein työn ja elämän hallintaa. Elämässä koetut muutokset, menetykset tai järkytykset sinänsä voivat johtaa ahdistuneisuuteen, väsymykseen tai masennukseen, jos elämän hallinnan keinot ovat puutteelliset.

Ihmiset kokevat erilaisten työhön ja muuhun elämään liittyvien vaikeuksien aiheuttavan kuormitusta tai stressiä. Vuonna 2000 suoritettussa kolmannessa eurooppalaisessa, 15 Euroopan maata koskeneessa tutkimuksessa työhön liittyvää stressiä koki 28 % työntekijöistä (Suomessa 33 %). Saman tutkimuksen mukaan 60 % työntekijöistä tunsi työn vaikuttavan heidän terveyteensä. Työn ja terveyden yhteyksiä tunnistettiin vuosituhaten alussa enemmän kuin aiemmin (Latta M., 2001). Vuoden 2004 lokakuussa EU:n työmarkkinajärjestöt allekirjoittivat sopimuksen stressistä (<http://tutb.etuc.org/uk/newsevents/files/Accord-cadres%20STRESS.pdf>).

Vuosituhaten vaihteen arvot

1980-luvulla alettiin tavoitella eläkeiän alentamista ja puhua kolmannesta iästä, jota haluttiin päästä elämään mahdollisimman pian, ennen vanhuuseläkeikää. Työelämän vaatimusten ohjaama toinen ikä koettiin voimia ja elämäniloa liikaa kuluttavaksi. Yksilöllisiä ja varhennettuja eläkeratkaisuja alettiin tarjota erääksi ratkaisuksi syntyneeseen tilanteeseen. Yksilöiden oikeuksia henkilökohtaiseen oman elämän hallintaan korostettiin. Vuosituhannen vaihteen arvot puolestaan alkoivat pitää oikeampana varhaista työelämään hakeutumista ja mahdollisimman pitkään työelämässä jatkamista. Tämä asetelma saattaa lisätä ei-mielekkyyden kokemuksia, ehkä myös mielenterveys-
syn eläkkeelle hakeutuvien määrää.

Työelämän vaatimukset muuttuneet

On mahdollista, että työelämän vaatimukset ovat muuttuneet epäedullisiksi etenkin mielialaongelmia poteville työntekijöille. Vaikka mielenterveyshäiriöiden määrä ei ole kasvanut, on luultavaa, että osa häiriöistä on kyetty hoitamaan kuntoon, ehkä osa ehkäisemäänkin, mutta työelämän muuttuneet vaatimukset ovat nostaneet näkyviin uusia ongelmia, joiden ehkäisy tai hoito ei toistaiseksi ole onnistunut. Vaatimukset toimia verkostoissa ja työryhmissä, kestää ristiriitoja ja epävarmuutta, sopeutua jatkuviin muutoksiin ja kilpailuun organisaatiossa, työtehtävissä tai tietotekniikassa, säilyttää roolinsa ja identiteettinsä keskellä jatkuvasti muuttuvaa työympäristöä saattaa tuottaa tavallista enemmän vaikeuksia mielialaongelmista kärsiville, ja myös synnyttää näitä ongelmia.

Tulevaisuuden odotukset ja turvattomuus

Markkinatalouden muuttuminen kilpailutaloudeksi, jossa tehokkuus ja kilpailukyky sanelevat työelämän ehdot, voi lisätä yksilöiden ja yhteisöjen välistä kilpailua ja epävarmuutta. Globalisoitumisen sanotaan muuttaneen ja muuttavan työelämää. Kansainvälisen kilpailukyvyn ja aineellisen menestymisen vaatimus saattaa myös altistaa inhimilliset arvot taloudellisille arvoille alistetuiksi. Se näkyy vaikkapa tulosjohtamisen ja tulosajattelun vaatimuksina kaikilla työnteon alueilla, myös koulutuksessa, terveydenhuollossa, kulttuurissa ja sosiaalitoimissa. Jos työpaikka ja työnteke muuttuu kilpailun areenaksi, tulevaisuuden odotukset voivat hämärtyä ja turvattomuus lisääntyä.

Kilpailu, ristiriidat ja sosiaalinen tuki

Kilpailu ja ristiriidat näyttävät viimeksi kuluneen 20 vuoden aikana lisääntyneen, mutta ei enää vuosituhaten vaihteessa (22). Keskinäisen kilpailun lisääntyessä erilaiset tulosjohtamisen muodot ja suoritus- ja vaativuuspalkkausjärjestelmät ovat saattaneet heikentää tai hajottaa perinteistä yhteisöllistä kulttuuria. Tiimimäinen työn organisointi on lisännyt yhteisöllisyyttä, mutta nykyinen verkosto-organisaatio voi saada aikaan kiinteiden yhteistyörakenteiden hajoamista ja ihmissuhteiden pilkkoutumista eri verkostoihin. Sosiaalisen vuorovaikutuksen muodot ovat tulleet tuotantotekijöiksi ja kilpailun areenaksi. Sosiaalinen tuki ja sosiaalinen pääoma ei välttämättä tämän avulla kasva.

Psyykkiset kuormitustekijät, työuupumus ja väkivalta

Työn psyykkiset kuormitustekijät ovat korostuneet talouden laskusuhdanteissa, mutta myös noususuhdanteissa. Lama-aikana taustalla olivat henkilöstösupistukset, epävarmuus työsuhteessa ja työttömyysjaksot. Nyt jälkeinpäin laman-ajan rakenteelliset ja toiminnalliset muutokset näkyvät työikäisillä pahoinvointina, syrjäytymisenä ja sairauksina. Vuonna 1997 laman aiheuttamat henkiset, sosiaaliset ja taloudelliset ongelmat näyttivät ihmisten kokemuksissa olleen suurimmillaan. Sen jälkeen esimerkiksi työuupumuksen määrän arvioidaan vähentyneen olennaisesti (Ahola K., ym 2004). Tämän on tulkittu johtuvan siitä, että työpaikoilla on toteutettu runsaasti työkykyä ja hyvinvointia edistäviä hankkeita. Ne ovat kohdistuneet osin psykososiaalisiin tekijöihin ja parantaneet ilmapiiriä. Sen sijaan yksilöllisten ongelma- ja kuormitustekijöiden ratkaisemiseen ne eivät ole riittäneet. Näiden osalta tarvitaan hyvin suunniteltua, koordinoitua ja ammattitaidolla tehtyä toimintaa, kuten esimerkiksi Valtiokonttorin varhaiskuntoutus-tutkimushanke osoitti (Väänänen-Tomppo ym. 1999). Toisaalta työuupumuksen, väkivallan kohteeksi joutumisen ja mielenterveyden järkkymisen kokemisen vaarana on todettu lisääntyneen vuosituhannen vaihteen jälkeenkin (Lehto A-M., Sutela H, 2004).

Psyykkinen pahoinvointi ja depressio

Työn ruumiillinen rasittavuus on vähentynyt samaan aikaan, kun henkinen rasittavuus on jossain määrin kasvanut, naisilla enemmän kuin miehillä (23). Työn henkisen kuormituksen tason on koettu lisääntyneen vuosittain 1990-luvun alusta lähtien 40–50 %:n mielestä. On sanottu, että työ on muuttunut aiempaa selvästi enemmän mielen työksi. Etenevissä pitkittäistutkimuksissa on työn asettamien suurten vaatimusten ja vähäisen sosiaalisen tuen havaittu ennustavan psyykkistä pahoinvointia (Stansfeld ym. 1997). Puutteellisten mahdollisuuksien vaikuttaa työtahtiin on todettu ennustavan depressiivisten oireiden ilmaantumista (Kawakami ym. 1992).

Työssä selviytyminen

Kun työssä olevat 30–64-vuotiaat arvioivat vuonna 2000 keskeisimpiä työssä selviytymistä haittaavia asioita, he nostivat suurimpana haittana esiin työyhteisön ja henkinen kuormituksen ongelmat. Seuraavaksi tärkeimmiksi asioiksi nousivat terveyden ja toimintakyvyn ongelmat, motivaation ja työhalujen väheneminen sekä työympäristön



ja fyysisen kuormituksen ongelmat. Kaikki nämä tekijät olivat erityisen tärkeitä 55–65-vuotiaiden mielestä. Sen sijaan työn ulkopuolisilla tekijöillä ei näyttänyt olevan erityisen suurta merkitystä, 30–44-vuotiaille tosin vähän enemmän kuin vanhemmille. Työn ulkopuolisten tekijöiden koki 55–64-vuotiaista alle 10 % haittaavan työssä selviytymistä, kun samasta ikäryhmästä kolmannes arvioi työyhteisön tai henkisen kuormituksen ongelmien haittaavan (24).

Eläkkeelle lähtemisen ajatukset

Näyttää siltä, että työtahdin kiristyminen, työn henkinen raskaus ja huonot vaikutusmahdollisuudet ovat yhteydessä siihen, että työntekijät alkavat ajatella eläkkeelle lähtemistä ennen vanhuuseläkeikää. Niistäkin, jotka eivät ole ajatelleet lainkaan eläkkeelle lähtemistä, 43 % kokee työn henkisesti raskaana, eläkkeelle lähtemistä ajatel-leista 60 %. Näiden tekijöiden yhteys eläkeajatuksiin on säilynyt yhtä suurena vuodesta 1997 vuoteen 2003 (25).

Jos vuonna 1997 työntekijöiden liian vähäinen määrä työtehtäviin nähden, työpaikan suosikkijärjestelmiin perustuvan syrjinnän kokemukset ja ristiriidat esimiesten ja alaisten sekä työntekijöiden välillä eivät olleet merkitsevässä yhteydessä eläkeajatuksiin, niin vuonna 2003 kaikilla näillä työolotekijöillä yhteys oli jostain syystä tullut merkitseväksi (26).

Väsymys, haluttomuus, työuupumuksen kokeminen selvänä vaarana ja henkisen väkivallan kohteena oleminen ovat yhdistyneet eläkeajatuksiin vuosina 1997 ja 2003. Sen sijaan eräät syrjintäkokemukset (syrjintä tiedon saannissa, muiden asenteissa ja palkkauksessa) ovat tulleet eläkeajatuksen kannalta merkittäviksi vasta 2003 (27).

Kun työkuormitusta on paljon eikä siihen nähden saa mielestään riittävästi korvausta tai osaa hallita tilannetta, alkaa oireilla, menettää motivaationsa, etääntyy työyhteisössään mahdollisesti olevasta tuen ja kannustuksen mahdollisuuksista ja lopulta menettää työkykynsä. Erityisiä ja usein toistuvia psyykkistä oireilua edeltäviä riskitekijöitä ovat työn asettamat suuret vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet, ponnistelun ja palkitsevuuden epäsuhta, kuormittavat elämäntapahtumat, kiusaamiskokemukset ja huono johtaminen.

Epäoikeudenmukaisuus, kiusaaminen ja mielenterveys

Epäoikeudenmukaisuuden tunteen on todettu voivan pahentaa stressikokemusta. Suomalaisessa tutkimuksessa epäoikeudenmukaisuuden kokemuksen on osoitettu lisäävän naistyöntekijöiden psykiatristen häiriöiden riskiä (Kivimäki M., ym. 2003). Esimiesten ja työ-

tovereiden tuen on sen sijaan todettu suojaavan työn vaatimusten aiheuttamalta depressiolta (Karasek ym. 1982). Sosiaalinen tuki voi vähentää kokemusta vaatimuksista, lieventää havaittuja stressitekijöitä ja kohtuullistaa stressitekijöiden ja rasituksen välistä suhdetta. Pitkittyneen kiusaamisen yhteys mielenterveyden ongelmiin on osoitettu erityisen selvästi. Lääkärin toteamaan depressioon sairastuneista sairaalatyöntekijöistä kiusattujen suhteellinen osuus oli nelinkertainen ei-kiusattuihin verrattuna (Kivimäki ym. 2000). Yhteys on olemassa myös toisin päin: depressiivisten on todettu tulkitsevan huonon kohtelun tilanteita kiusaamissävyisesti ja joutuvan sitä kautta myös todellisen kiusaamisen kohteiksi.

Työpaikat mielen tuottajina

Jos työ on muuttunut mielen työksi, niin työpaikat näyttävät muuttuneen mielen tai henkisen hyvinvoinnin kannalta hyviksi tai huonoiksi mielen tuottajiksi. Erityisesti kunta-alan työpaikkojen kehityksessä on todettu kaksijakoisuutta: sosiaalitoimessa kehityssuunta on valtaosaltaan myönteinen, terveydenhuoltoalalla kielteinen. Eriarvoisen kohtelu ja syrjintä kohdistuu etenkin osa-aikaisiin ja tilapäisiin työntekijöihin. Ristiriitojen esiintyminen työpaikoilla näyttää kasaantuvan: aiempaa enemmän on työpaikkoja, joissa on monenlaisia ristiriitoja, ja samalla on enemmän työpaikkoja, joissa ei ole lainkaan haitallisia ristiriitoja.

Työministeriön työolobarometrin mukaan sukupuolten välinen tasa-arvo, mahdollisuudet vaikuttaa omaan asemaan, johtaminen, itsensä kehittäminen, tietoisuus tavoitteista ja suhtautuminen työympäristökysymyksiin ovat työssäkäyvien enemmistön mielestä viimeisen kymmenen vuoden aikana kehittyneet myönteiseen suuntaan. Työn kokeminen mielekkääksi on samana aikana pysynyt työssäkäyvien enemmistön mielestä kuitenkin vähäisenä (28). Voisiko tällä mielekkyyden vähäisenä kokemisella olla yhteys eläkehakuisuuteen?

Yhteisöllisyys ja ikäsyrjintä

Viime vuosina on puhuttu myös yhteisöllisyyden horjumisesta yleensä. Tästä osoituksena on viitattu avioerojen yleistymiseen, työn ja vapaa-ajan/perhe-elämän yhteensovittamisen ongelmiin, arvojen ja normien muuttumiseen yksilösuoritteisuutta korostaviksi. Muun muassa TV:n katseluun käytetty aika on lisääntynyt ja sosiaalinen kanssakäyminen vähentynyt arkisin, mutta erityisesti viikonloppuisin (Pääkkönen&Niemi 2001).

Huolimatta vuosituhannen alussa päättyneen ikäohjelman mahdollisista vaikutuksista vanhoihin (yli 55-vuotiaisiin) kohdistuvat syrjintähavainnot ovat lisääntyneet. Vuonna 2000 vanhojen syrjintää havaitsi 12 % työolobarometriin vastanneista, vuonna 2003 vastaavasti 18 % (TM: Työolobarometri lokakuu 2003). Työolotutkimusten mukaan vanhoihin kohdistuva syrjintä on vähäisempää: vuonna 1997 sitä havaitsi 10 % ja vuonna 2003 8 % palkansaajista.

Työpaikkakiusaaminen lisääntynyt

Työpaikkakiusaamista havaitsevien ja kokeneiden määrä on työolotutkimusten mukaan kasvanut: vuonna 1997 kiusaamista havaitsi 40 % palkansaajista, vuonna 2003 42 %, ja itse koki tai oli kokenut olleensa kohteena vuonna 1997 16 % palkansaajista, vuonna 2003 22 %. Työpaikkakiusaamista esiintyy enemmän aloilla, joilla on lisätty työn tuottavuuteen tai tuloksellisuuteen perustuvaa valvontaa taikka töiden ulkoistamista sekä työpaikoilla, joissa vallitsee epävarmuus lomautuksista tai irtisanomisista (Lehto&Sutela 2004). Kiusaamisen tai huonon kohtelun vaihtoehtona on sosiaalinen tuki tai hyvä kohtelu.

Vaarojen kokemukset

Jos tarkastellaan työssä koettuja vaaroja kokonaisuudessaan, voi todeta, että rasitusvammoihin, väkivallan kohteeksi joutumiseen ja mielenterveyden järkkymiseen liittyvät vaaran kokemukset ovat vuodesta 1984 lisääntyneet jatkuvasti. Vuonna 2003 vakavan työuupumuksen vaaraa koki puolet ja mielenterveyden järkkymisen vaaraa neljännes palkansaajista (Lehto&Sutela 2004).

Koonti:

Vaikka työuupumuksen määrän arvioidaan vuoden 1997 jälkeen vähentyneen olennaisesti, on palkansaaajien kokemus työuupumuksen vaara lisääntynyt. Asiantuntijoiden ja palkansaaajien arviot eroavat myös työssäkiusaamisen ja työsyryjinnän suhteen. Palkansaaajat arvioivat työn vaikuttavan aiempaa enemmän terveyteen. Erityisesti 55-64-vuotiaat pitävät suurimpina työssä selviytymistä haittaavina tekijöinä työyhteisön ja henkisen kuormittumisen ongelmia.

Seuraavat kulttuuriin, yhteiskuntaan ja työolosuhteisiin liittyvät tekijät saattavat olla yhteydessä henkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden ongelmiin:

- Elämässä koetut muutokset, menetykset ja järkytykset
- Vaatimukset toimia verkostoissa ja työryhmissä, kestää ristiriitoja ja epävarmuutta, sopeutua jatkuviin muutoksiin ja kilpailuun
- Yhteisöllistä kulttuuria heikentävä ja hajottava tulosjohtaminen tai suoritus- ja vaativuuspalkkausjärjestelmät
- Kiinteitä yhteisörakenteita hajottava verkosto-organisaatio
- Henkilöstösupistukset, epävarmuus työsuhteessa ja työttömyysjaksot
- Suuret työvaatimukset ja vähäinen sosiaalinen tuki
- Puutteelliset mahdollisuudet vaikuttaa työtahtiin
- Työtahdin kiristyminen, työn henkinen raskaus ja huonot vaikutusmahdollisuudet
- Henkilöstön liian vähäinen määrä työtehtäviin nähden
- Erilaiset syrjinnän (tiedonkulku, asenteet, palkkaus...) kokemukset
- Ristiriidat esimiesten ja alaisten sekä työntekijöiden välillä
- Ponnistelun ja palkitsevuuden epäsuhta
- Epäoikeudenmukaisuuden kokemukset
- Kiusaamiskokemukset, erityisesti pitkään jatkuva kiusaaminen
- Työn kokeminen epämieliseksi
- Arvojen ja normien muuttuminen yksilösuoritteisuutta korostavaksi
- Vakavan työuupumuksen ja mielenterveyden järkkymisen vaaran kokeminen.

3. Hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuudet

Mieli maasta ja Käypä hoito

Depression havaitseminen ja asianmukainen hoito on ollut erittäin suuren huomion kohteena sekä kansainvälisesti että myös meillä Suomessa 1990-luvun alusta lähtien. Depression hoito on ollut muun muassa kansallisen konsensuskokouksen aiheena, maassamme on organisoitu laaja ”Mieli maasta” -projekti ja vuonna 2004 on valmistunut Käypä Hoito -periaatteet depression hoidon edistämiseksi. Vastaavia hankkeita on ollut useissa länsimaissa ja niiden suositukset ovat olleet terveydenhuollon käytössä. Samaan aikaan tutkimus on tuonut kaiken aikaa uutta tietoa depression hoidon vaikuttavuudesta ja uusia hoitomuotoja on kehitetty. Nykyiset hoitomuodot auttavat merkittävästi noin puolta masennuspotilaista ja tämän lisäksi osa saa vielä oireenmukaista lievitystä. On kuitenkin muistettava, että ehkä jopa viidesosa masennuspotilaista ei reagoi suotuisasti hoidolle ja masennus alkaa kroonistua. Tämän lisäksi masennusjaksoilla on taipumus toistua. Joka toinen masennus uusiutuu kahden vuoden seurannassa. Keskimääräistä huonompi ennuste liittyy vaikeasteiseen masennukseen, pitkittyvään masennusjaksoon sekä muuhun samanaikaissairastavuuteen (komorbiditeettiin), joka sisältää muiden mielenterveyshäiriöiden lisäksi päihdehäiriöt ja ruumiilliset sairaudet.

Vaikka mikään tutkimus ei selvästi osoita depression lisääntymistä, niin sekä hoidon kysyntä että sen tarjonta ovat kuitenkin voimakkaasti lisääntyneet, muun muassa masennuslääkkeiden käyttö on viisinkertaistunut aikavälillä 1989–2002. Depressio on käsitteenä arkipäiväistynyt. Sen stigma-luonne on lähes poistunut ja depressio on samalla myös medikalisoitunut. Tietoisuus depressiosta on tänä päivänä oleellisesti toisenlainen kuin vielä 15 vuotta sitten.

Myönteisestä kehityksestä huolimatta edelleenkin vain noin kolmasosa vakavasti masentuneiksi tunnistetuista kansalaisista on hoidon piirissä eikä heidänkään hoitonsa useimmiten ole riittävän intensiivistä.

Depression kustannukset

Depressiivisen henkilön toimintakyvyn laskun on arvioitu aiheuttavan keskimäärin yhden työpäivän tehokkaan työajan menetyksen viikossa henkilöä kohden, mikä yksinään merkitsisi Suomen oloissa ainakin 500 miljoonan euron menetystä vuodessa. Tämän lisäksi tulevat erikseen sairauspoissaoloista ja eläkkeistä aiheutuvat menetykset sekä oma ja lähiympäristön kokemus kärsimys. Vakavaa masennusta sairastavien määrä aikuisväestössä on arvioitu 5 %:ksi eli hoidon tarvetta ja toiminnallista haittaa kokee ainakin 200 000 suomalaista.. Sairausvakuutus korvaa uusia alkaneita sairausjaksoja vuosittain mielenterveyshäiriöiden perusteella noin 60 000. Kaikista sairauslomapäivistä Suomessa joka seitsemännen perustana on masennus.

Hoidon kattavuus ja laatu

Suomessa tehtyjen tutkimusten perusteella voidaan sanoa, että eläkkeelle siirtyneiden masennuspotilaiden masennukset ovat kyllä asianmukaisesti diagnosoitu. Sen sijaan merkittävää on, että eläkepäätökset ovat syntyneet suhteellisen lyhyiden hoitoyritysten ja laadullisesti suppeiden hoitokokeilujen jälkeen. Tavallisimmin saatu hoito ennen eläkettä on ollut sairauslomaa ja lääkehoitoa. Depression hoidon kattavuutta ja laatutasoa tulisikin pyrkiä edelleen nostamaan, jos tavoitteena on depression kroonistumisen ehkäiseminen ja toimintakyvyn palautuminen.

Depression ehkäisy

Vaikka näyttö siitä, että depressioita voidaan hoitaa tehokkaasti on riittävä, niin tietomme mahdollisuuksista ehkäistä depression syntymistä ennakkoon on rajallista. Ehkäisyohjelmilla saadaan noin 10 %:n parantuminen depressiivisissä oireissa verrokkeihin verrattuna. Parhaat preventio-ohjelmat ovat olleet myös muita menetelmiä intensiivisempiä ja voimavaroja suhteellisesti enemmän vaativia. Parhaat tulokset on saatu korkean riskin henkilöillä kuten tukemalla depressiivisten vanhempien lapsia ja nuoria tai väsyneiksi itsensä kokeneita jo ennen mahdollista depressiota.

Tehokkain tapa ehkäistä masennusta on hoitaa pitkällä ylläpitohoitoilla sellaisia henkilöitä, joilla on ollut elämässään jo useita toistuvia masennusjaksoja. Tällä hetkellä masennuksen hoito toimii maassamme tyydyttävästi akuutin masennusjakson osalta. Sen sijaan pitkäjänteinen ja suunnitelmallinen ylläpitohoito, jota uusi Käypä Hoito-malli suosittelee, jää vielä liian usein toteutumatta meidän hoitojärjestelmässämme.

Perusterveydenhuolto ja työterveyshuolto mukaan

Depression käypä hoito tulisi juurruttaa erikoissairaanhoidon lisäksi perusterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon lisäämällä erikoissairaanhoidon ja peruspalvelujen yhteistyötä alueellisesti ja paikallisesti. Erikoissairaanhoidon tulisi kantaa koordinaativastuuta depression hoidon kehittamisestä sairaanhoitopiireittäin. Tavoitteena tulisi olla nopeampi, intensiivisempi ja monipuolisempi depression hoito, jossa reagoitaisiin nopeasti lisähoidoilla silloin, kun depression hoitovaste ei ole tavanomainen. Jos depression hoitovaste kahdeksan viikon hoitokehityksen jälkeen ei ole kliinisesti merkittävä, tulisi potilaalle taata mahdollisuus siirtyä viiveettä perusterveydenhuollon puolelta erikoissairaanhoidon konsultaatioiden ja/tai hoidon piiriin. Sairaanhoitopiirien sisäistä työnjakoa ja asianmukaista hoitoa edistäisivät ajanmukaiset depression alueelliset hoito-ohjelmat.

Depressio ja työelämän joustot

Kun depressioon liittyy aina toimintakyvyn laskua, se tulisi myös hyväksyä tosiasiana ja pyrkiä työelämässä sellaisiin joustoihin ja muutoksiin, jotka tekisivät työssä jatkamisen mahdolliseksi nykyistä useammin myös depressiivisenä. Tätä edistäisi sellaisten uusien työtapojen kehittäminen, joka toisi nykyistä useammin yhteiseen neuvotteluun riittävän aikaisin depressiosta kärsivän työntekijän, työterveyshuollon asiantuntijat ja työorganisaatiota edustavat linjaesimiehet.

Kelan ja eläkelaitosten tulisi omalta osalta tukea hoidon tehostamista oikea-aikaisesti silloin, kun toimintakyvyn lasku näyttää joutavan pitkittyviin sairaslomiin. Olisi myös realistista ja asenteiden kannalta suotavaa, että kuntoutus- ja eläkepäätösten jälkeenkin pidettäisiin yllä työhön paluun mahdollisuutta. Työeläkelaitosten tulisi omalta osaltaan tukea vielä nykyistä enemmän stressin ja depression hallintaa asiakasyrityksissään tuottamalla asiantuntijatietoa ja -konsultaatioita yritysten käyttöön.

Julkisen sanan, asiantuntijoiden ja johtavien virkamiesten tulisi tarkastella depressiota eräänä aikamme keskeisenä terveyshaasteena, josta kaikkien osapuolien tulisi puhua avoimesti, ammatillisesti kiinnostuneesti sekä vastuullisesti.

4. Ongelmien ehkäisyn mahdollisuuksia

Mielenterveyssyyn eläkkeelle siirtymisen prosessista tiedetään vielä aivan liian vähän. On mahdollista, että masennuksesta on tullut yleisin eläkkeelle siirtymisen diagnoosi diagnoosiluokituksen ja -käytäntöjen sekä diagnoosin hyväksyttävyyden vuoksi. Yhtä mahdollista on, että työelämän muuttuneet vaatimukset valikoivat ja karsivat mielialaongelmista kärsiviä pois pysyvistä ja aktiivisista työsuhteista. Joka tapauksessa mielenterveyden perusteella eläkkeelle siirtyneiden työurat ovat lyhyempiä kuin muihin sairausryhmiin kuuluvilla. Työelämään kiinnittymistä vaikeuttavat ja sieltä poistumista tai poistamista lisäävät tekijät ovat vain epäsuorasti pääteltävissä. Prosessia tulee pyrkiä seuraamaan nykyistä aktiivisemmin, kaivataan lisätutkimuksia.

Sairauspoissaoloja voi vähentää varhaisen puuttumisen, hyvän hoidon ja sosiaalisen tuen keinoin. Työterveyshuoltolain 12 §:n 1 momentin 4 kohdan mukaan työterveyshuollon tehtävänä on ohjata, neuvoa ja antaa tietoa työntekijöille ja työnantajille kaikissa työterveyteen liittyvissä asioissa mukaan lukien työn kuormittavuus. Varhaisen puuttumisen keinojen lisääminen ja sosiaalisen tuen parantaminen edellyttävät sallivan ja hyväksyvän kulttuurin, arvostusten ja toimintatapojen luomista.

Depression käypä hoito -mallin mukainen toiminta tuo tulosta, jos erikoissairaanhoidon nykyiset voimavarat ja osaaminen onnistutaa yhdistämään työterveyshuollon ja perusterveydenhuollon toimintoihin. Depression käypä hoito -mallin avulla on mahdollista parantaa työkyvyttömyyttä ehkäiseviä hoitokäytäntöjä.

Työn hallinnan ja elämän hallinnan näkeminen yhtenä kokonaisuutena tai saman asian kääntöpuolina vaatii niin yksilöiltä, johtajilta kuin terveydenhoito- ja työsuojeluhenkilöstöltäkin herkkää silmää, osaamista ja ymmärrystä. Elämän hallintaan rakentuu ymmärrettävyyden, ennustettavuuden, hallittavuuden ja merkityksellisyyden kokemuksista. Työn hallinnassa keskeistä on osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuudet, sosiaalinen tuki ja työn riittävä monipuolisuus.

Oikeudenmukaisuuden kokemus on eräs hyvän johtamisen lopputulos. Hyvälle johtamiselle on tyypillistä perustehtävän suuntainen toiminta, työnjaon uudistaminen ja varmistaminen, turvallisen ja realistisen sitoutuneisuuden aikaansaaminen ja ylläpitäminen sekä

vuorovaikutuksesta huolehtiminen. Hyvälle ikäjohtamiselle tyypillistä on johtaminen henkilöstön vahvuuksia, ei heikkouksia korostaen.

Yleisinä **hyvän työn ja hyvän työyhteisön** tiloina voi pitää työn vaatimusten ja hallinnan sopivaa suhdetta (huonona tilana liiallisia työn vaatimuksia, jatkuvia ylitoita ja liikayrittämistä), koko henkilöstön osaamisesta ja voimavaroista huolehtimista (huonona tilana hajottavaa kilpailua, paremmuuden korostamista, ykkös- ja vilttiketjuajattelua) sekä sosiaalista tukea ja kannustusta erityisesti painetilanteissa (huonona tilana huonoa kohtelua, konflikteja tai työpaikkakiusaamista). Esimiehiltä tai työtovereilta saatu sosiaalinen tuki toimii työn kuormitustekijöiden puskurina ja siten vähentää sairastumisalttiutta.

Työturvallisuuslain mukaan **työnantajan tulisi nähdä ja arvioida kuormittuneisuus**, joka haittaa tai vaarantaa terveyttä tai turvallisuutta, ja ryhtyä käytössään olevin keinoin haitallisen kuormituksen, väkivallan uhkan tai häirinnän vähentämiseksi tai poistamiseksi. Työterveyshuoltolain mukaan työterveyshuollon tulee tehdä työntekijän perustellusta syystä pyytämä selvitys työntekijän työkuormituksesta. Perusteltu syy on olemassa, jos työperäiseksi arvioitu fyysinen tai psyykinen oireilu on johtanut hoidon tarpeeseen tai sairauspoissaoloihin. Stressin ja kuormituksen arvioinnin menetelmiä on riittävästi (ks. www.mol.fi/jaksamisohjelma tai http://fi.osha.eu.int/good_practice/stressi). Yksilöiden kokemusten (subjektiivisen) yhdistäminen asiantuntija-arviointeihin (objektiiviseen) tuottaa hyvän tuloksen, jos se tehdään hyvän sisäisen vuorovaikutuksen tilassa ja oikea-aikaisesti. Hyvälle sisäiselle vuorovaikutukselle on tyypillistä yhteinen halu ja pyrkimys arviointien tekemiseen, kyky ja halu kuunnella erilaisia tuntemuksia ja mielipiteitä, mahdollisuus ja valmius yhteisten foorumien käyttämiseen, kaikkien osapuolten kuuleminen, valmius hyväksyä erilaiset havainnot ja kokemukset sekä valmius yhteisiin johtopäätöksiin ja niitä toteuttaviin toimenpiteisiin.

Jotta irtisanomiseen tai työsuhteen päättymiseen liittyvät tapahtumat tuottaisivat mahdollisimman vähän haitallisia seuraamuksia yksilöille, **on hyvä luoda pelisäännöt**, joiden mukaan työsuhteeseen jäävät ja siitä lähtevät valitaan, saattaa työsuhteen päättymisen tai irtisanomisprosessin vaiheet sopivassa muodossa koko organisaation tiedoksi (yt-menettely, valintamenettely, aikataulu...), valmentaa erityisesti esimiehiä toimimaan hyvin ja auttaa jäljelle jääviä käsittelemään menetyksiä ja uutta tilannetta.

Työterveyshuollon mahdollisuudet:

Työterveyshuollon kehittämisen strategisissa linjauksissa vuoteen 2015 korostetaan työelämän laadun parantamista, terveyden ja työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä sekä kattavien ja laadukkaiden työterveyshuoltopalveluiden turvaamista.

Voidakseen toteuttaa näitä linjauksia ja ehkäistäkseen työkyvyttömyyseläkkeiden määrän kasvua työterveyshuollon tulisi parantaa varhaisen puuttumisen käytäntöjä:

1. tunnistamalla haitallisen kuormittumisen ja työkyvyttömyyden riskit ja riskitilanteessa olevat työpaikat ja yksilöt,
2. seuraamalla aktiivisesti sairauspoissaolojen aikana tapahtuvaa hoitoa ja kuntoutusta ja kehittää mittareita toimenpideindikaattoreiksi
3. olemalla yhteistyössä sekä työntekijän että työnantajan kanssa arvioidessaan työntekijän työkuormitusta, toimenpide-ehtotuksia haitallisen kuormituksen vähentämiseksi sekä niiden toteutusta.
4. lisäämällä valmiuksiaan depression käypä hoito -mallin soveltamiseksi potilastyössä; tämän toteuttaminen edellyttää työterveyshuollon ja psykiatrisen hoitojärjestelmän yhteistyön kehittämistä.
5. lisäämällä johdon tietoisuutta henkilöstön selviytymisen riskeistä ja edistää tuon tietouden ottamista osaksi johdon päätöksentekoa ja henkilöstötilinpäätöksiä
6. tunnistamalla työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen prosessi ja siihen vaikuttavat yksilön ja työyhteisön ominaisuudet, tehdä prosessin ehkäisemiseksi ja hidastamiseksi tarpeelliset toimenpiteet; oleellista on, mitä tapahtuu ensimmäisen kuuden kuukauden tai enintään vuoden aikana
7. olemalla mukana työkykyisyyttä edistävien työyhteisön hyvien käytäntöjen rakentamisessa.

Työsuojelun mahdollisuudet:

Työpaikkojen työsuojeluhenkilöstön tulee työsuojeluviranomaisen tukemana:

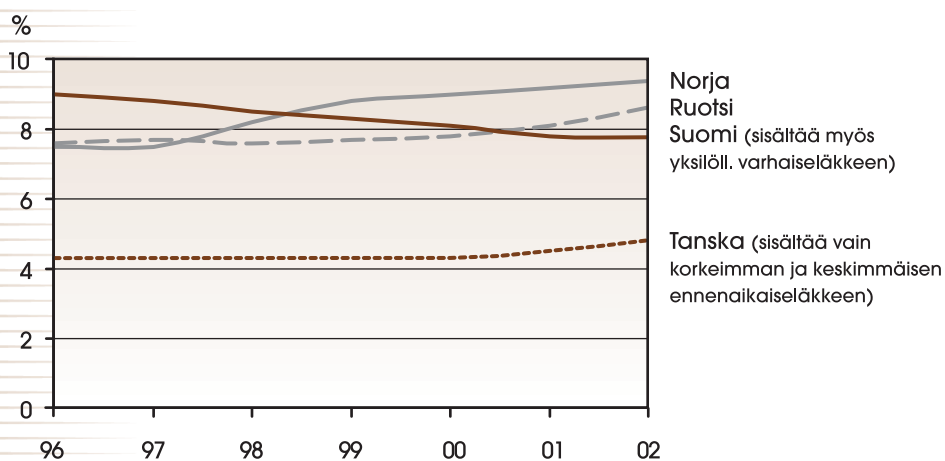
1. ehkäistä terveydelle haitallisten ylityökäytäntöjen syntyminen ja jatkuminen
2. luoda terveydelle ja turvallisuudelle haitallisen kuormittumisen arvioinnin käytäntöjä ja olla osaltaan vähentämässä kuormittuneisuutta tai lisäämässä kuormitustilanteiden hallintaa
3. osallistua asiakasväkivallan ehkäisyä ja hallintaa lisäävien toimintatapojen, -mallien ja työpaikkakulttuurin luomiseen
4. osallistua hyvän kohtelun käytäntöjen ja pelisääntöjen vahvistamiseen auttamalla tunnistamaan syrjinnän, kiusaamisen tai epäoikeudenmukaisuuden tapahtumia työpaikoilla ja lisäämällä keskinäistä luottamusta ja tukea vahvistavia toimintatapoja.

Työryhmä ehdottaa seuraavia työkyvyttömyyteen johtavien mielenterveyden häiriöitä ehkäiseviä, hoitavia ja kuntouttavia toimenpiteitä:

1. Ongelmien ehkäiseminen kehittämällä käytäntöä palvelevia työntekijöiden tukiohjelmia. Tavoitteena on tukea yksilöitä työoloihin ja -elämään liittyvissä ongelmatilanteissa. Ohjelmat perustuvat kirjallisesti ilmaistuihin periaatteisiin, asiantuntevaan henkilöstöön ja esimiesten kouluttamiseen.
2. Huolehditaan jokaisella työpaikalla siitä, että orastaviin ongelmiin puututaan järjestelmällisesti varhaisessa vaiheessa. Osana tätä työpaikalla on arvioitava mahdollisten erityistoimenpiteiden tarve viimeistään siinä vaiheessa, kun sairaus on jatkunut yli kuukauden. Toimintamalli on sovittava yhteisesti työnantajan, työntekijöiden ja työterveyshuollon kesken..
3. Psykykkisistä syistä johtuvalta sairauslomalta palaaminen -vaihemallin rakentaminen. Keskeistä on työntekijän ja työnantajan vastuu yhdessä asiantuntijoiden kanssa. Periaatteina ovat varhainen puuttuminen, hoidon ja työhön paluun organisointi, sekä työoloihin että yksilön elämäntilanteeseen suunnattavat toimenpiteet. Vaihemallin rakentaminen edellyttää esimiesten kouluttamista, preventiivisten toimenpiteiden ja seurannan kehittämistä yleensä ja pilotointia työpaikkakohtaisesti.
4. Pitkittyneen, yli kolme kuukautta kestäneen sairausloman jälkeen on viimeistään varmistettava se, että henkilölle tehdään riittävät erityistutkimukset erikoissairaanhoidossa ja huolehditaan sen perusteella hoidon ja kuntoutuksen järjestämisestä noudattaen hoitotakuun linjauksia.
5. Depression Käypä Hoidon periaatteiden juurruttamista tulee nopeuttaa alueellisten depression hoito-ohjelmien avulla. Koordinaatiovastuu on sairaanhoitopiireillä.
6. Työn ja mielenterveyden yhteydet tunnetaan puutteellisesti samoin kuin vaikutuskeinot. Näiden selvittämiseksi on tarpeen jatkaa järjestelmällisemmin tässä aloitettua työtä pysyvemmän asiantuntijaryhmän toimesta. Ryhmän tehtävänä olisi tutkia työkyvyttömyyteen johtavia prosesseja ja kehittää niitä ehkäiseviä toimintatapoja.

5. Kuvat ja taulukot

1 Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus Pohjoismaissa 1996–2002, %



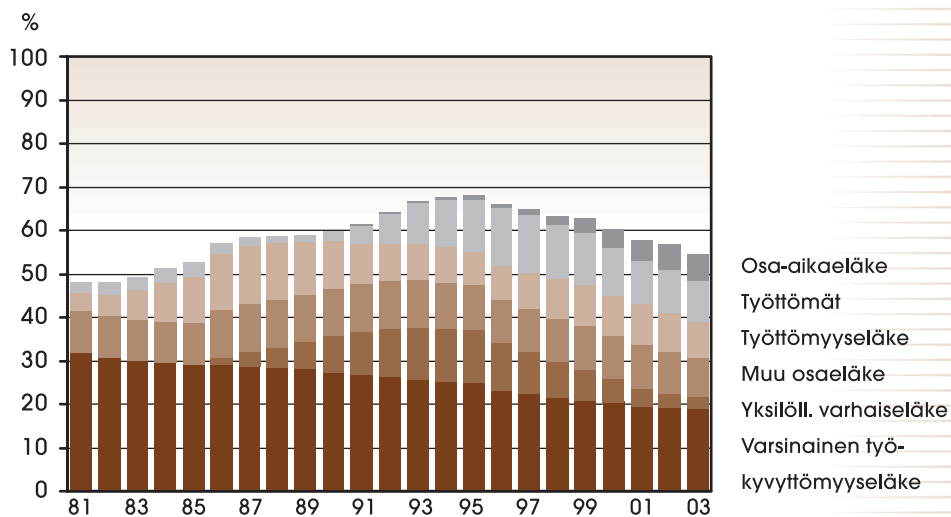
Lähde: Nososco

2 Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus ikäryhmittäin vuosina 1996 ja 2003, %

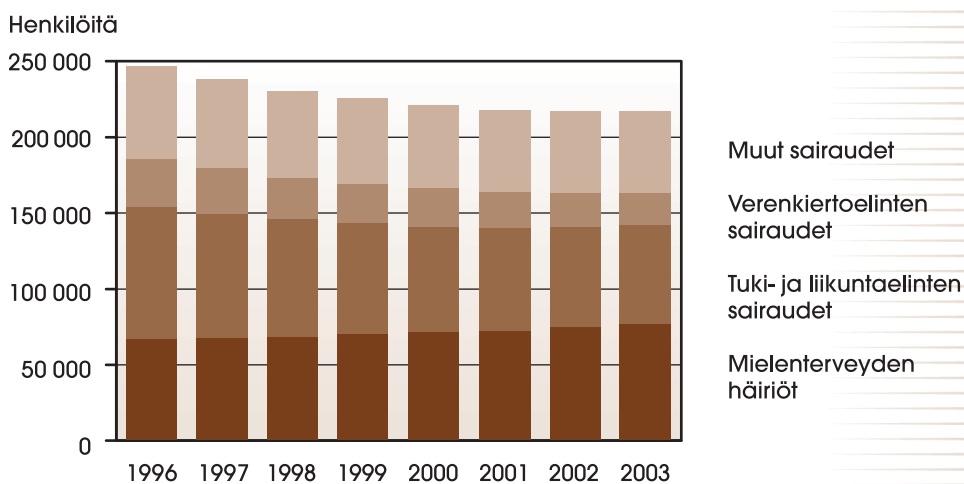
	16–44		45–54		55–64		16–64	
	Kaikki sairausryhmät	Mielen-terveyden häiriöt	Kaikki sairausryhmät	Mielen-terveyden häiriöt	Kaikki sairausryhmät	Mielen-terveyden häiriöt	Kaikki sairausryhmät	Mielen-terveyden häiriöt
Miehet								
1996	2,7	1,7	9,5	3,9	35,2	6,7	9,1	3,0
2003	2,4	1,9	9,3	4,5	22,9	6,3	7,9	3,2
Naiset								
1996	2,0	1,3	7,7	3,7	31,8	8,0	8,2	2,9
2003	1,9	1,3	7,7	4,1	20,3	7,0	7,0	3,1
Kaikki								
1996	2,3	1,5	8,6	3,8	33,4	7,4	8,7	2,9
2003	2,2	1,5	8,5	4,3	21,6	6,7	7,4	3,1

Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.

3 55–64-vuotiaiden eläkkeensaajien ja työttömien väestöosuus vuosina 1981–2003

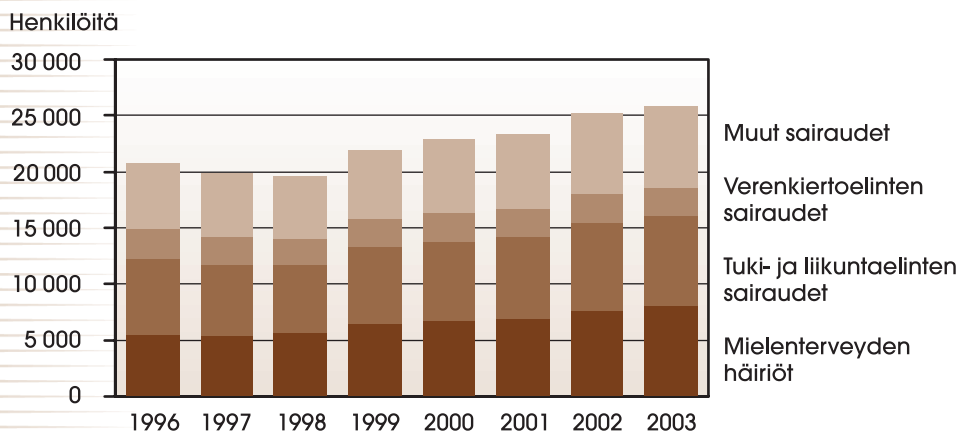


4 Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkeläiset vuosina 1996–2003 työkyvyttömyyden mukaan



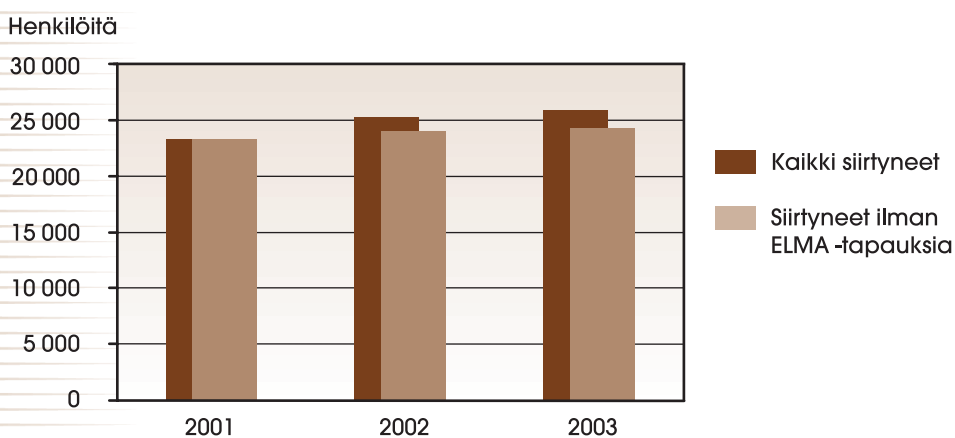
Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.

5 Työeläkejärjestelmästä vuosina 1996–2003 työkyvyttymyyseläkkeelle siirtyneet työkyvyttömyyden synn mukaan



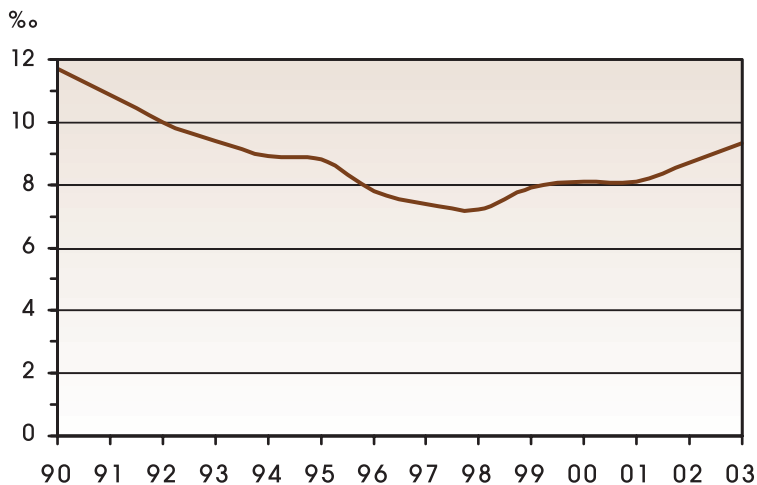
Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.

6 Työeläkejärjestelmästä työkyvyttymyyseläkkeelle siirtyneiden kokonaismäärä ja määrä ilman ELMA -tapauksia



Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.
 ELMA = pitkäaikaistyöttömien eläkemahdollisuuksien selvittäminen

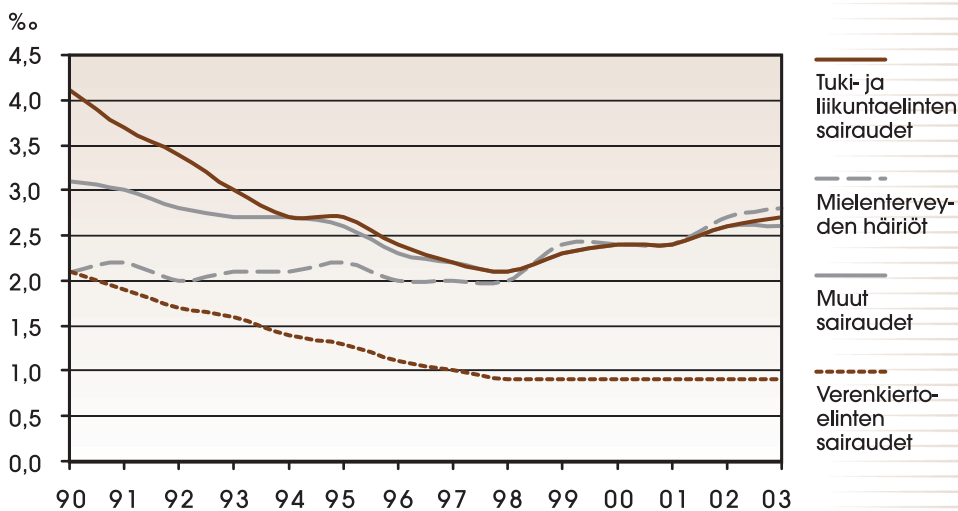
7 Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus yksityisellä sektorilla, ‰



Alkavuus = vuoden aikana yksityisellä sektorilla alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet suhteessa yksityisen sektorin työeläkevakuutettuun ei-eläkkeellä olevaan väestöön.

Vakioväestö = Yksityisen sektorin työeläkevakuutettu ei-eläkkeellä oleva väestö vuonna 2003.

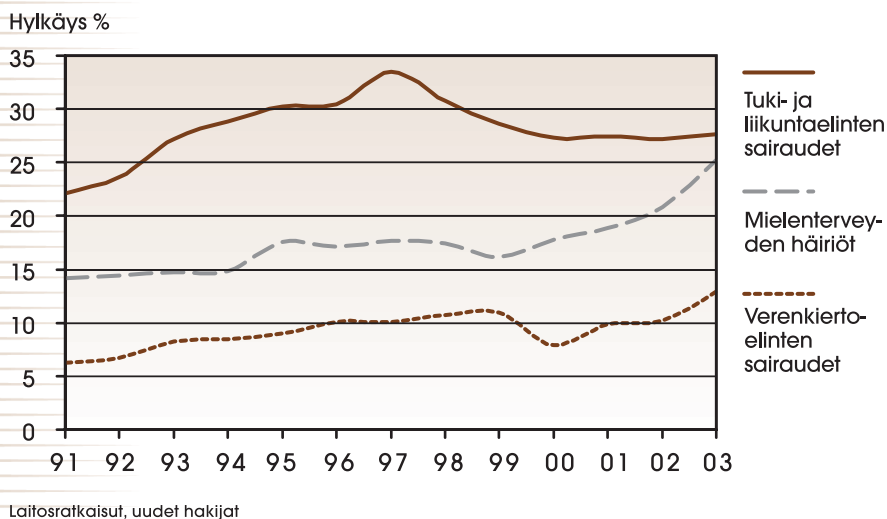
8 Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden ikävakioitu alkavuus yksityisellä sektorilla sairauspäryhmän mukaan 1990–2003



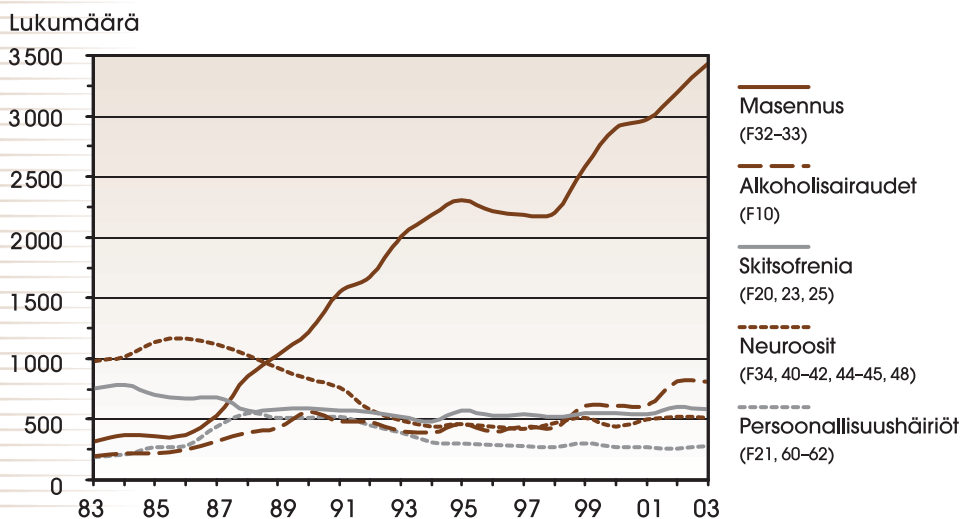
Alkavuus = vuoden aikana yksityisellä sektorilla alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet suhteessa yksityisen sektorin työeläkevakuutettuun ei-eläkkeellä olevaan väestöön.

Vakioväestö = Yksityisen sektorin työeläkevakuutettu ei-eläkkeellä oleva väestö vuonna 2003.

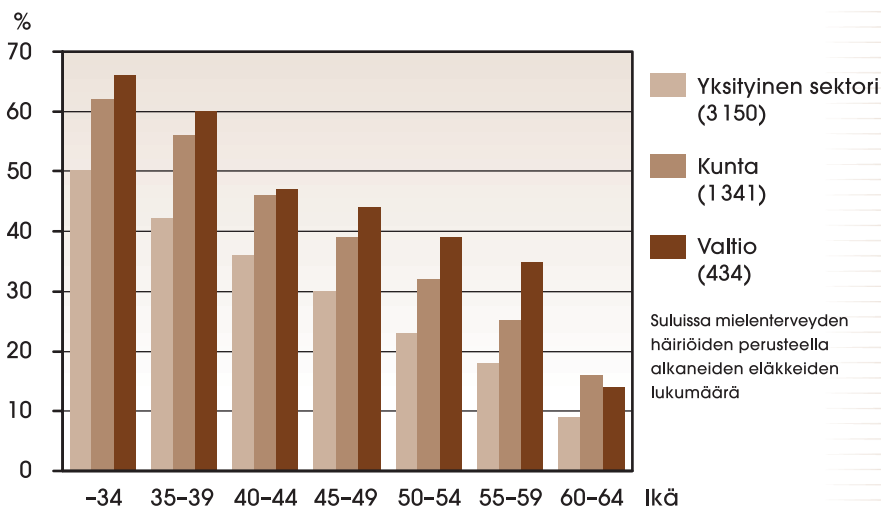
9 Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden hylkäysprosentti yksityisellä sektorilla kolmessa sairausryhmässä 1991–2003



10 Yksityisellä sektorilla vuosina 1983–2003 alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet eräissä mielenterveyden sairauksien ryhmissä



11 Mielenterveyden häiriöiden perusteella vuonna 2003 alkaneiden täysitehoisten varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden osuus ikäryhmissä eri sektoreilla, %



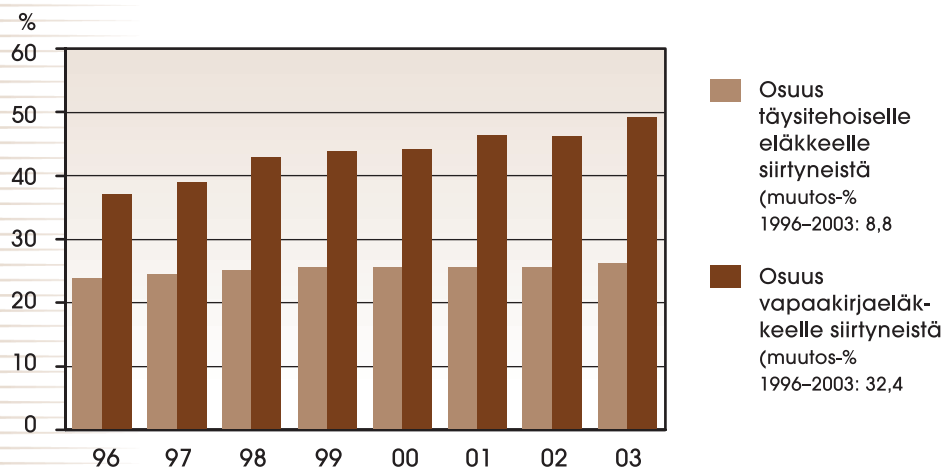
12 Varsinaisten työkyvyttömyyseläkkeiden alkavuus sairausryhmittäin yksityisellä ja julkisella sektorilla vuonna 2003, %

	Mielen- terveyden häiriöt	Veren- kierto- elinten sairaudet	Tuki- ja liikunta- elinten sairaudet	Muut sairaudet	Kaikki
Yksityinen sektori					
Alkavuus	2,8	0,9	2,7	2,6	9,0
Ikävakioitu alkavuus	2,8	0,8	2,6	2,6	8,9
Julkinen sektori					
Alkavuus	3,6	0,7	2,7	2,6	9,7
Ikävakioitu alkavuus	3,4	0,7	2,4	2,4	8,9

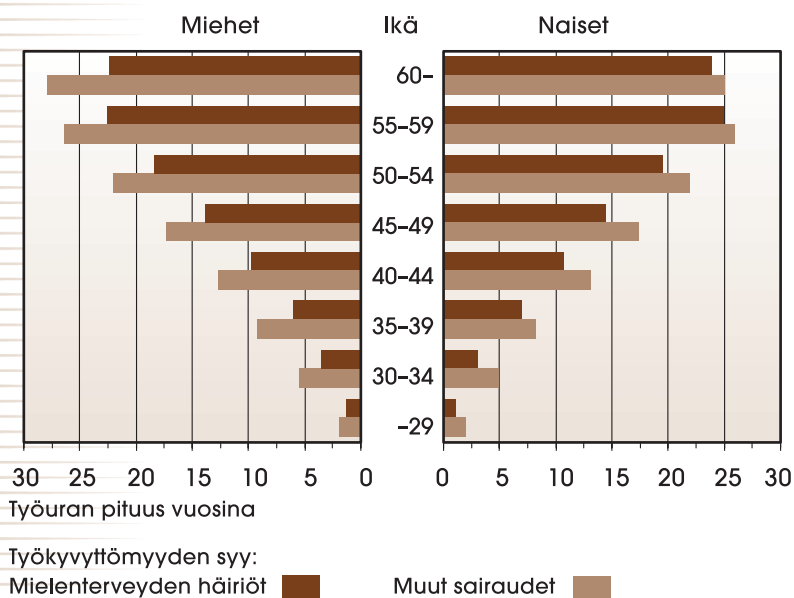
Alkavuus = vuoden aikana yksityisellä sektorilla alkaneet varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet suhteessa yksityisen sektorin työeläkevakuutettuun ei-eläkkeellä olevaan väestöön.

Vakioväestö = Yksityisen sektorin työeläkevakuutettu ei-eläkkeellä oleva väestö vuonna 2003.

13 Mielenterveyden häiriöiden perusteella 1996–2003 työeläkejärjestelmästä työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden osuus, %



14 Vuonna 2003 työeläkejärjestelmästä varsinaiselle työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyneiden keskimääräinen työuran pituus työkyvyttömyyden syyn mukaan



15 Työeläkekuntoutusmyönnöt 11.–30.9.2004 ja työkyvyttömyyseläkemyönnöt vuonna 2003 sairauspäryhmän mukaan

Sairausryhmä	Kuntoutusmyönnöt 1) %	Työkyvyttömyyseläkemyönnöt 2) %
Kasvaimet	2	7
Mielenterveyden häiriöt	19	31
Hermoston sairaudet	6	8
Verenkiertoelinten sairaudet	3	9
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	53	30
Vammat	5	7
Muuta sairaudet	12	9
Kaikki	100	100
Lukumäärä	2 302	22 049

1) Alustava tieto

2) Yksityinen sektori+kunta+vallio, varsinaista työkyvyttömyyseläkettä kosekvat uudet laitosratkaisut

16 Mielenterveyden häiriöiden perusteella yksityisellä sektorilla vuonna 2003 alkaneiden työkyvyttömyyseläkkeiden osuus kaikista alkaneista eri ikäryhmissä, %

Ikä	Kuntoutus- tuet	Toistaiseksi myönnettyt
–34	59	44
35–39	53	47
40–44	46	44
45–49	40	38
50–54	33	28
55–59	29	21
60–64	15	13
Kaikki	40	25
Mielenterveyden häiriöiden perusteella alkaneiden eläkkeiden lkm	3 812	3 124

17 Vuonna 2002 yksityisellä sektorilla päättyneet ja jatkuviksi työkyvyttömyyseläkkeiksi muuttuneet kuntoutustuet, %

	Kuntoutustuen peruste		
	Mielen- terveyden häiriöt	Muut sairaudet	Kaikki sairaudet
Päättyneet			
ei uutta eläkettä 31.3.2004 mennessä	19	27	24
Muuttuneet jatkuviksi työkyvyttömyys- eläkkeiksi	81	73	76
kaikki	100	100	100
lukumäärä	3 439	5 201	8 640

18 Työssäkäyvien osuus vuonna 2002 yksityisellä sektorilla päättyneistä kuntoutustuista

Kuntoutustuen peruste	Päättyneet	Työssä 31.12.2003	
	Lkm	Lkm	Osuus päättyneistä, %
Mielenterveyden häiriöt	663	363	55
Masennus (F32, F33)	411	241	59
Muut	252	122	48
Muut sairaudet	1 428	812	57
Kaikki	2 091	1 175	56

19 Työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkemeno sairauspääryhmittäin vuonna 2003

Sairauspääryhmä	milj. euroa	%
I Tartunta- ja loistaudit	11	0,5
II Kasvaimet	66	3,0
IV Umpieritys- yms. sairaudet	46	2,1
V Mielenterveyden häiriöt	728	33,0
VI Hermoston sairaudet	147	6,7
VII Silmän sairaudet	28	1,3
VIII Korvan sairaudet	17	0,8
IX Verenkierroelinten sairaudet	257	11,6
X Hengityselinten sairaudet	61	2,7
XI Ruuansulatuselinten sairaudet	17	0,8
XII Ihon ja ihonalaiskudoksen sairaudet	15	0,7
XIII Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	677	30,7
XIV Virtsa- ja sukupuolielinten sairaudet	8	0,3
XVII Synnynnäiset epämuodostumat	19	0,8
XIX Vammat, myrkytykset yms.	87	3,9
Muut	24	1,1
YHTEENSÄ	2206	100,0

Työkyvyttömyyseläkemenon osuus koko työeläkemenosta oli 16,7 %.

Sisältää varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet ja yksilölliset varhaiseläkkeet.

20 Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen perusteena eräissä Euroopan maissa

	Osuus alkaneista eläkkeistä, %		
	1990	1999	2002/2003
Hollanti	30	33	35
Suomi	22	32	32
Ruotsi	16	24	28
Norja	20	25	25
Saksa	17	28	
Britanni	13	26	

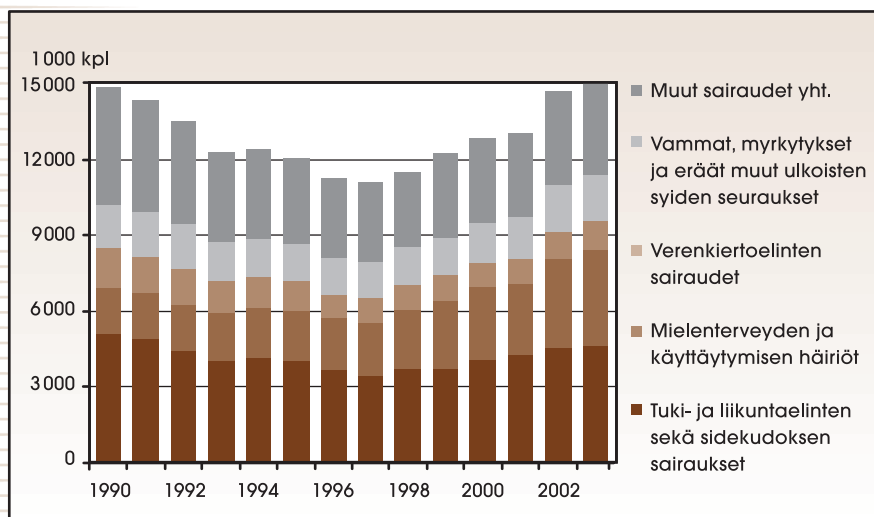
Lähteet:

Suomi: Suomen työeläkkeen saajat, varsinaiset työkyvyttömyyseläkkeet

Muuta maat 1990 ja 1999: OECD 2003;

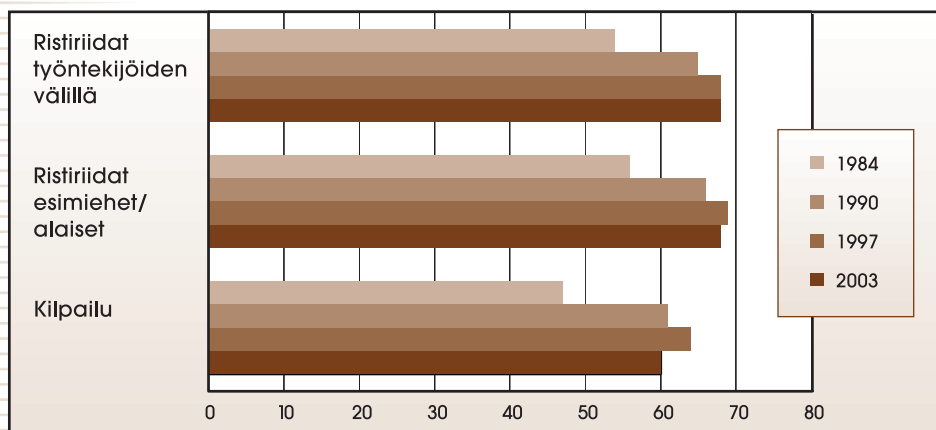
2003: kansalliset tilastokirjat

21 Korvatut sairauspäivärahat sairauden mukaan 1990–2003



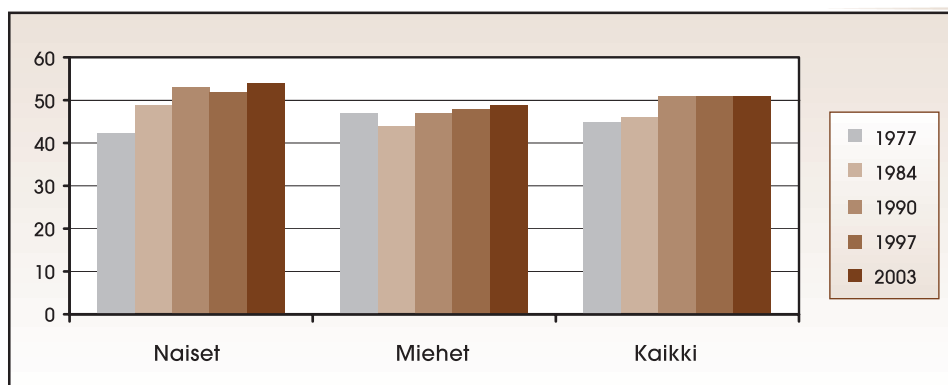
Sairausvakuutus- ja perhe-etuustilastot, KELA

22 Kilpailu ja ristiriidat työpaikalla 1984, 1990, 1997 ja 2003 (%)



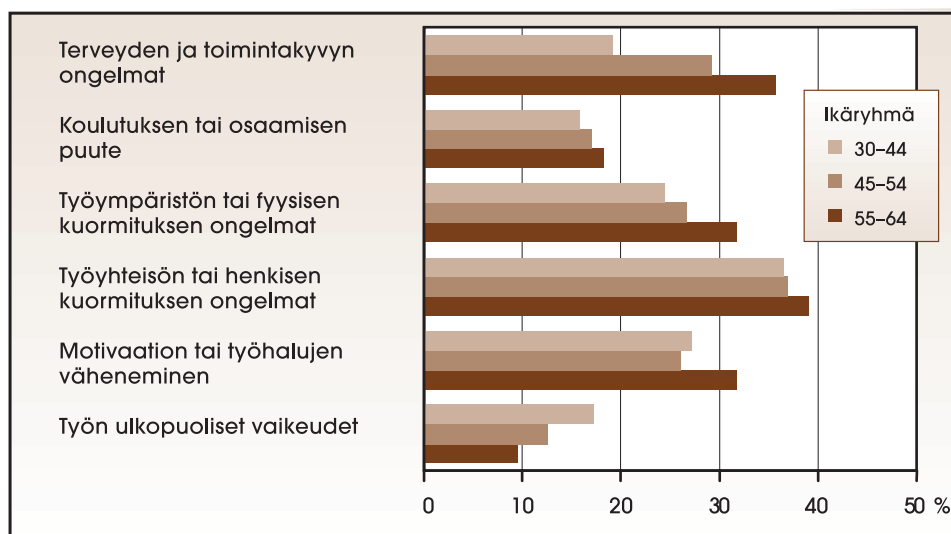
Työolotutkimukset 1984, 1990, 1997 ja 2003, Tilastokeskus

23 Työ henkisesti erittäin tai melko raskasta (%)



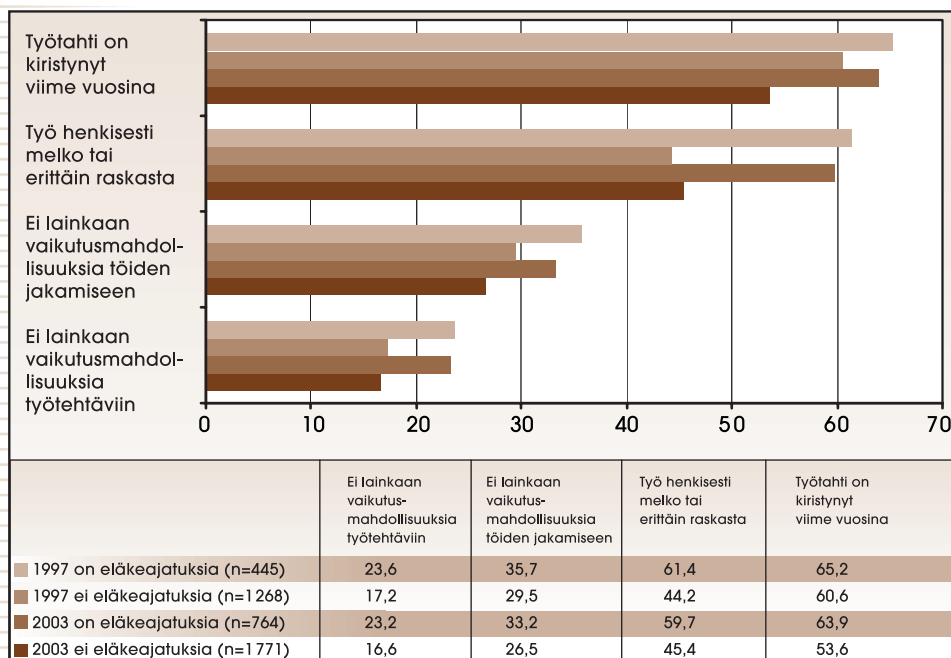
Työolotutkimukset 1977, 1984, 1990, 1997 ja 2003, Tilastokeskus

24 Työssä selviytymistä haittaavat asiat työssä olevilla 30–64 vuotiailla



Terveys 2000 tutkimuksen alustavia tuloksia

25 Palkansaajien eläkeajatuksen yhteys eräisiin työn koettuihin tekijöihin 1997 ja 2003 (%)

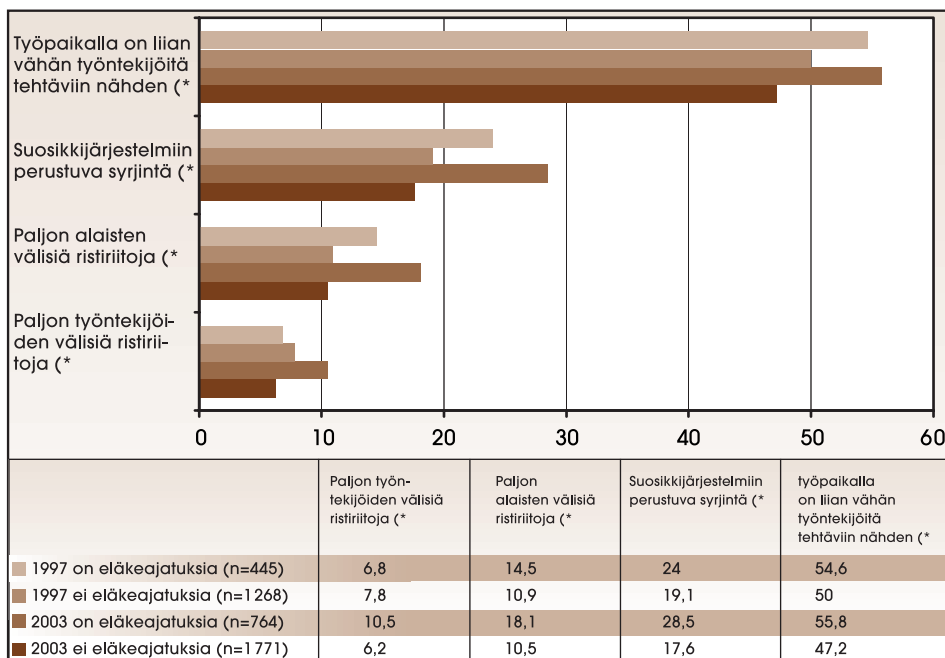


Ei eläkeajatuksia = ei ole esittänyt lähtöä eläkkeelle ennen vanhuuseläkkettä

On eläkeajatuksia = on ajatellut usein lähtöä eläkkeelle ennen vanhuuseläkkettä

Työolotutkimukset 1997 ja 2003, tilastokeskus

26 Palkansaajien eläkeajatuksen yhteys eräisiin työolotekijöihin 1997 ja 2003 (%)



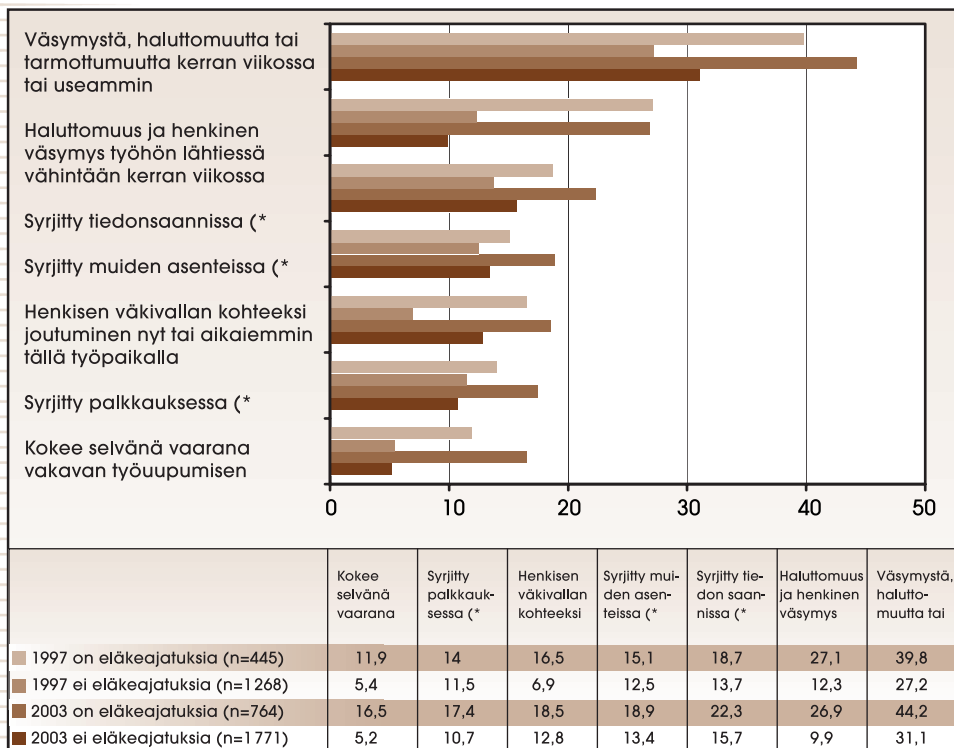
(* vuonna 1997 yhteys ei merkitsevä)

Ei eläkeajatuksia = ei ole esitetty lähtöä eläkkeelle ennen vanhuuseläkettä

On eläkeajatuksia = on ajatellut usein lähtöä eläkkeelle ennen vanhuuseläkettä

Työolotutkimukset 1997 ja 2003, tilastokeskus

27 Palkansaajien eläkeajatusten yhteys eräisiin yksilön ominaisuuksiin ja asemaan työpaikalla 1997 ja 2003 (%)



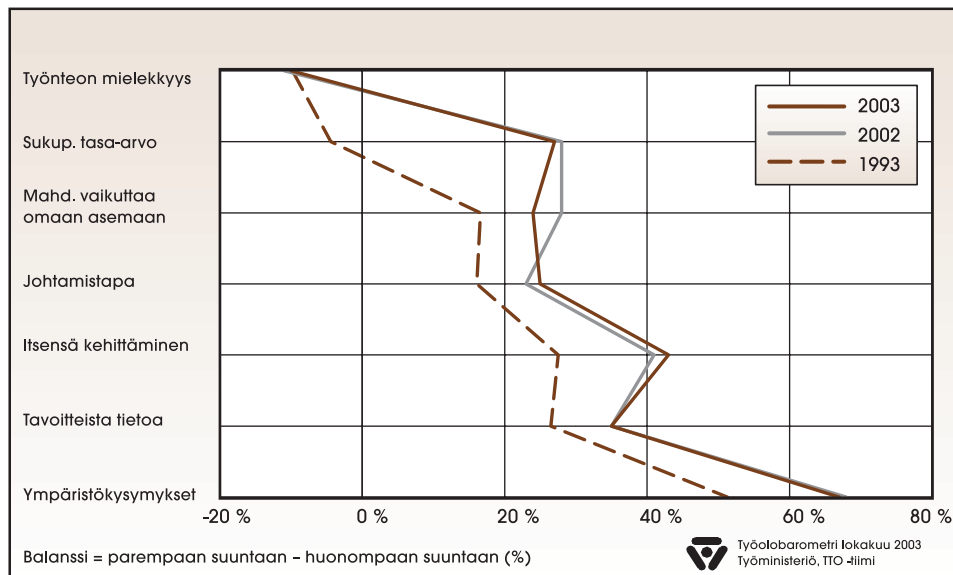
(*) vuonna 1997 yhteys ei merkitsevä

Ei eläkeajatuksia = ei ole ajatellut lähteä eläkkeelle ennen vanhuuseläkettä

On eläkeajatuksia = on ajatellut usein lähteä eläkkeelle ennen vanhuuseläkettä

Työolotutkimukset 1997 ja 2003, tilastokeskus

28 Työelämän muutoksen suunta 1993, 2002 ja 2003 (kaikki palkansaajat)



Kirjallisuutta:

- Absense. *Because of the psychological problems. The Steps to a healthy solution.* www.werkendperspectief.nl
- Ahola K., Honkonen T., Kalimo R., Nykyri E., Aromaa A., Lönnqvist J., *Työuupumus Suomessa, Terveys 2000-tutkimuksen tuloksia*, Suomen lääkirilehti 43:4109–4113, 2004
- Aromaa A., Koskinen S., (toim.), *Terveys ja toimintakyky Suomessa, Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset*, Kansanterveyslaitos, Helsinki 2002
- DeGroot T., Kiker D.S., "A meta-analysis of the non-monetary effects of employee health management programs", *Human Resource Management*, vol. 42, No. 1, pp. 53–69
- Gould R., Nyman H., *Työkyvyttömyyseläkkeet 1990–2001*, Eläketurvakeskuksen monisteita 38, Helsinki 2002
- Gould R., Nyman H., *Mielenterveys ja työkyvyttömyyseläkkeet*, Eläketurvakeskuksen monisteita 50, Helsinki 2004
- Cox T., Griffiths A., Rial-Gonzales E., *Research on Work-related Stress*, Luxembourg 2000
- Hytti H., Pajunen R., Rojo M., Weck A., *Vastauksia STM:n kirjeessä 3.10.2003 esitettyihin työkyvyttömyyseläkkeiden ja sairauspäivärahojen kehitystä koskeviin kysymyksiin*, Kela, moniste 13.11.2003
- Honkonen T., Lindström K., Kivimäki M., *Psykososiaalinen työkuormitus mielenterveyden häiriöiden etiologiassa*, *Duodecim* 2003:119:1327–33
- Karasek R.A., Schwatz J., Theorell T., *Job characteristics, occupation and coronary hearth disease*, Cincinnati, OH: National Institute for Occupational Safety and Health 1982
- Kauppinen T., Hanhela R., Heikkilä P., Lehtinen S., Lindström K., Toikkanen J., Tossavainen A., *Työ ja terveys Suomessa 2003*, Työterveyslaitos, Helsinki 2004
- Kawakami N., Haratani T., Araki S., *Effects of perceived job stress on depressive symptoms in blues-collar workers of an electrical factory in Japan*, *Scand J Work Environ Health* 1992: 18: 195–200
- Kivimäki M., Honkonen T., *Työn vaikutus mielenterveyden häiriöihin: kuinka paljon siitä tiedetään?*, *Työterveyslääkäri* 3/2004, 362–364
- Kivimäki M., Elovainio M., Vahtera J., Virtanen M., Stansfeld S.A., *Association between organizational inequity and incidence of psychiatric disorders in female employees*, *Psychological Medicine*, 2003, 33, 319–326, Cambridge University Press
- Kivimäki M., Elovainio M., Vahtera J., *Workplace bullying and sickness absence in hospital staff*, *Occupational and Environmental Medicine*, 2000, 57: 656–660
- Latta M., *Third European Survey on Working Conditions*, Venue: 40th Plenary Meeting of the Senior Labour Inspectors` Committee 23 May, 2001, Solna, Sweden
- Lehto A-M., Sutela H., *Uhkia ja mahdollisuuksia, Työolotutkimusten tuloksia 1977–2003*, Tilastokeskus, Helsinki 2004
- Lindström K., *Työyhteisöjen toimivuus ja ilmapiiri*, teoksessa: Kauppinen T.ym (toim.), *Työ ja terveys Suomessa v. 2000*, Helsinki, Työterveyslaitos 2000

Lönnqvist J., Stressi ja depressio, teoksessa Koskenvuo K., *Sairauksien ehkäisy*, Duodecim 2003, 127–135

Niemi I., Pääkkönen H., *Ajankäytön muutokset 1900-luvulla*, Kulttuuri ja viestintä 2001:6, Tilastokeskus, Helsinki 2001

Nososco, *Social protection in the Nordic Countries* 2002, Copenhagen 2004

OECD, *Transforming Disability into Ability*, Paris 2003

Pääkkönen H., Niemi I., Suomalainen arki. *Ajankäyttö vuosituhanen vaihteessa*, Kulttuuri ja viestintä 2002:2, Tilastokeskus, Helsinki 2002

Stansfeld S.A., Fuhrer R., Head J., Ferrie J., Shipley M., *Work and psychiatric disorder in the Whithall II Study*, J Psychosom Res 1997; 43:73–81

Työterveys 2015, *Työterveyshuollon kehittämislinjat*, Valtioneuvoston periaatepäättös, Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2004:3, Helsinki

Työterveyshuoltolaki, *Opas työterveyshuoltolain soveltajille*, Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:12, Helsinki

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738

Väänänen-Tomppo I., Janatuinen E. ja Törnqvist R., *Kaikki hyvin työssä! Tutkimus varhaiskuntoutuksen vaikutuksista valtionhallinnossa*, Valtiokonttori, Helsinki 1999

Ylöstalo P., *Työolobarometri*. Lokakuu 2003, Työministeriö, Helsinki 2004

SOSIAALI- JA TERVEYS MINISTERIÖN SELVITYKSIÄ

ISSN 1236-2115

2005:1 Mielenterveyden häiriöt työkyvyttömyyseläkkeen syynä –
ajatuksia ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta.

ISBN 952-00-1593-0 (nid.)

ISBN 952-00-1678-3 (PDF)